

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POSWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1876 do 1 stycznia 1877) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1877 r. rsr. 188 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rs. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej. Spostrzeżenia chirurgiczne. Cztery przypadki rynoplastyki. Przez Dra Jana Minkiewicza (z Tyflisu) (Dalszy ciąg).—Leczenie porażek powstałych po chorobach zaraźliwych ostrych za pomocą elektryczności. Przez Dra R. Wnorowskiego (z Raciaża).—Kronika zagraniczna. O zastosowaniu kwasu salicylowego, jako środka przeciwgorączkowego. Przez Dra C. E. Bussa w Bazylei. Podał Dr Henryk Loewenstam (Dalszy ciąg). — Wiadomości bieżące. Piąty zjazd ruskich badaczy przyrody i lekarzy w Warszawie. Laroyenne. Krwotok w skutek przerwania łechtaczki podczas porodu. Dr Józef Pawiński. Prof. Hüttenbrennera Nauka o chorobach dzieci. — Dodatek. Choroby tchawicy, oskrzeli i opłucnej ark. 26 i 27. Choroby narządu ruchu ark. 11 Bibliografii i Krytyki Lekarskiej Nr. 27.

Spostrzeżenia chirurgiczne.

Cztery przypadki rynoplastyki.

Przez Dra Jana Minkiewicza (z Tyflisu).

(Dalszy ciąg).

B. Przyprawienie nosa sposobem indyjskim zmodyfikowanym przez prof. B. Langenbecka.

W czasie pobytu mojego w Berlinie w r. 1859/60 byłem świadkiem po raz pierwszy zrobionej rynoplastyki u chorej, której brakowało wszystkich kości nosa przez prof. Langenbecka, który zamiast tego, aby koniec nosa całkowicie oderznąć przy kościach nosowych i potem przyprawić cały nos z przegródką, oddzielił odpowiednio do kk. nosowych koniec nosa, tak że on zawisł na częściach łączących go z policzkami, odsunął go w dół i w tę nowo powstałą przestrzeń wstawił płat wycięty z czoła daleko mniejszy, zawierający przykostnią. Skutek był najświetniejszy. Forma nosa była bardzo dobra. Professor B. Langebeck ograniczył się małemi poprawkami. Przypadek ten był bardzo ciekawy i z tego względu, że była udowodnioną obecność ciałek kostnych w płacie przeniesionym, wszytym. Prof. ś. p. Szymanowski mówi, że z powodu małej liczby podobnie operowanych, trudno jeszcze stanowczo

wyrokować o wartości, zaletach tego sposobu operowania. Zdaniem moim, chory nadarzający się właśnie był najodpowiedniejszym do zastosowania tego sposobu. Niskość czoła, zachowanie przegródki szczególnież za tem przemawiały.

3) A. Sch., pisarz fortecowej artylleryjskiej komendy, dziś urzędnik, co do pochodzenia izraelita, urodzony w gub. Podolskiej, na służbie zostający od r. 1861, wszedł do szpitala wojskowego Tyfliskiego dnia 27 września 1870 r. Chory dobrze zbudowany, 29 lat mający, w skutek przymiotu uległ zniekształceniu nosa, zależącemu na odumarciu i oddaleniu się przegródki kostnej i chrząstkowej. Kk. nosowe nie tknięte. W skutek tego nos zapadł i miał cechę właściwą tym przypadkom, gdzie przegródka całkowicie ginie. Poniżej dolnego brzegu kk. nosowych powstała zakłębłość poprzeczna; koniec zaś nosa i nozdrza podniesione i naprzód do góry skierowane słowem mieliśmy nos mocno do góry zadarty. Miękką przegródka zachowana. Błona śluzowa w sąsiedztwie nozdrzy zgrubiała, przybrała cechy skóry, i to szczególnież dało się widzieć w prawej jamie nosowej. Uvula zniszczona. Powonienie znacznie osłabione. Blizny po dymienicach pachwinowych. Dnia 29 o godz. 11 oddzieliwszy poprzecznem cięciem, prowadzonem poniżej kk. nosowych—dolną część nosa, usunąłem, opuściłem ją w dół i poleciłem assystującemu koledze trzymać, zatem uformowałem płat czołowy trójkątny bez przegródki; odseparowałem go i przewróciwszy na szypułce wstawiłem do przestrzeni powstałej, między kk. nosowemi i opuszczonym końcem nosa, i wszyłem go tam szwami metalicznemi na przemian z jedwabnemi, już to węzełkowemi, już to szpilkowemi. Poczem cały nos i przyległe części policzków posmarowałem kleiną elastyczną. Ranę czołową zmniejszoną szwami szpilkowemi pokryłem szarpią, zmoczoną mieszaniną oliwy i wody hemostatycznej Nelubina. Ostatecznie czoło i twarz pokryłem watą. O godzinie 3 po południu lekki krwotok z rany czołowej, który sam przez się ustał; tęt. 72. O godz. 5 chory się skarży na mocne bóle głowy, szczególnież okolicy czołowej, tętno 100 pełne. Przy dotykaniu się do płata wszytego,—nam się zdawało, że ciepłota jego niby cokolwiek niższa, niż w częściach otaczających zdrowych. Czułość nosa na dotykanie w ogóle, szczególnież w dolnej jego części, na końcu osłabiona, przytępiona. *Octanu morphiny* $\frac{1}{4}$ gr. na noc. Nos pokryty szarpią, zmoczoną ciepłą mieszaniną równych części oliwy i wody Nelubina i następnie watą. O godz. 10 wieczorem tętno 60.

Dnia 30 chory skarży się na ból w potylicy, skroniach; sen spokojny. Po zdjęciu opatrunku znalazłem, że nos był ciepły i cokolwiek wgięty, zakłębły z lewej strony. Opatrunek jak wczoraj. Na pokarm mleko i kawa. O godzinie 5 po południu t. 60, język wilgotny. Nos nowy czuły na dotykanie ciepły. D. 1 października sen dobry, bóli głowy, t. 72, słabe zbrzęknięcie prawych powiek. Opatrunek na czole niezmienniony, na nosie zaś takież jak wczoraj. D. 2—3 chory czuje się dobrze, bóle głowy ustały; nos ciepły. Zdjęto kilka szwów górnych z boków nosa i z czoła, za tem posmarowano nos kleiną. Twarz i czoło pokryłem watą, oliwą zwilżoną. D. 5 rana czołowa ropieć

zaczyna. Zakłębłość lewej strony nosa mniejsza. Zdjęto 10 szwów z rozmaitych miejsc nowego nosa. Prawy kąt dolny płata nie przyrósł; spojenie zaś w ranie poprzecznej, t. j. płata do wierzchołka nosa, jak najzupełniej się powiodło. D. 7 z boków, szczególnie z lewego. spieszne spojenie powiodło się prawie na całej linii; miejscami, gdzie szwy przecinały skórę, jeszcze się daje widzieć ropienie. Na dolnej części płata, która była wzięta w sąsiedztwie części włosów pokrytej—z powodu niskiego czoła—tuż przy połączeniu z dolną częścią powstałego nosa—włosy odrastać poczynają. Wprawdzie na bardzo małej przestrzeni. Rany nosa rozczynem saletrzanu srebra się zmazują, a potem kleiną się pokrywają. Dnia 13 zdjęto 3 szwy. pozostał zaś jeden na lewej stronie. Na prawej połowie nosa i na poprzecznej ranie spieszne spojenie najzupełniej się powiodło. Lewa strona mniej zakłębła, równiejsza, gładsza. Rana czołowa mniejsza. Opatrunek zwyczajny i przypiekanie kamieniem piekielnym. D. 19 rana czołowa o trzecią część mniejsza, kąt dolny najpierw i najwięcej się zabił; blizna już na jeden palec poprzeczny jest szeroką po nad wierzchołkiem nosa. Między nosem a kątami wewnętrznymi powiek dają się widzieć czerwoność i obrzmiałość, z lewej strony większe, mniejsze. Wszelkie dotknięcie się odbywa na czole. D. 26 wszystkie ranki pozabliźniały się na nosie. W sąsiedztwie poprzecznej blizny silnie powyrastały włosy. Rana czołowa miała postać trójkąta. Postanowiliśmy z Dr Talko spróbować zaszczepienia skrawka skóry kol. Talko z piersi wziął na 1" szerokości, długi na 1½" powierzchniowy skrawek, i umieściwszy go w pośrodku rany umocował tam plastrem lepkiem. Doskonały stan rany czoła, dobre ziarnkowanie jej spowodowało żeśmy postanowili zastosować zaszczepienie, wtedy nowosć zalecaną. D. 29 skrawek przeniesiony wczoraj wiotki, blady, dziś jest cokolwiek czerwieńszy, podobniejszy do tego, jakiśmy wzięli z piersi i zaszczepili. Brzegi skrawka cokolwiek podniesione; środek mocno przyklejony do powierzchni ziarnkującej. Przez lupę widzieliśmy, że on był pomarszczony. D. 31 skrawek zaszczepiony mocno przyrośnięty, przyklejony do powierzchni ropiejącej. Brzegi jego stopniowo zlewają się z otaczającymi częściami. Dziś on niżej leży od otaczających go granulacyj. Barwa skrawka podobniejsza do normalnej. Rana czoła znacznie mniejsza. Ranę smarowano rozczynem saletrzanu srebra. D. 3 listopada kąt dolny skrawka zaszczepionego sięga prawie już do dolnego zabiłonego brzegu rany czołowej. Przy obmywaniu rany przypatrując się przez lupę zauważyliśmy, że brzeg górny skrawka odstaje, lekko się podnosi. Barwa jego szczególnie pośrodku podobna do ropy, żółtawa. Rana czołowa i objętość wstawki nosa zmniejszają się. D. 4 skrawek zaszczepiony barwy żółtawej połączył się już z dolnym brzegiem rany czołowej, znacznie zmniejszając się. D. 6, wczoraj oddzieliła się górna warstwa zaszczepionego skrawka skóry; pozostała zaś część jego miała odcień żółtawy, wynosiła się po nad poziom rany i wyglądała niby plamka się niezunywiająca. D. 9 rana czoła zabiłniła się, pośrodku blizny pozostała plamka żółtawa—resztki skrawka zaszczepionego. Nowa blizna nieczuła. Chory po dawnemu dotykać się do nosa czuje na czole.

Dnia 12 stycznia 1871 r. wyciąłem przy wierzchołku nosa czworoboczny kawałek skóry—szypułkę płata. Ranę zszyłem szwami szpilkowemi i węzełkowemi jedwabnemi i pokryłem mieszaniną oliwy i wody Nelubina. W parę godzin po operacyi był lekki krwotok z rany. Oddziaływanie żadne. Przy tej operacyi zwróciłem uwagę, że wycięty kawał skóry był mocniej zgrubiały niż w innych przypadkach. D. 15 umiarkowana czerwonosć i obrznięć płata, słabe zbręknienie lewych powiek. Stan bezgorączkowy. D. 19 zrośnięcie brzegów powiodło się najdoskonalej. Wszystkie szwy zdjęte. Ranę zmoczono rozcynem saletrzanu srebru gr. jj— $\frac{3}{4}$ j wody, a potem pokryto kleiną. D. 26 płat całkowicie przyrośnięty; wyniosłość, przekręceniem sprawiona—zginęła, co bardzo poprawiło formę nosa.

Dnia 16 marca wyciąłem skrawek poprzeczny przez całą grubość nosa, na granicy połączenia skrzydeł nosa i płata przeniesionego, tam gdzie rosły włosy; i połączyłem brzegi rany głównie szwami metalicznemi. Ranę posmarowałem kleiną.

Przy tem szczególniejszą uwagę naszą zwrócił na siebie stopień zgrubienia w tem miejscu płata. Skóra z czoła przyniesiona tu co najmniej we czwórnasób zgrubiała. Zbadawszy ten skrawek wycięty pod mikroskopem znalazłem w nim ciała kostne.

Dnia 18 górna przeniesiona część cokolwiek zaczerwieniona, obrznięła. Zdjęłem szew szpilkowy i na innych zmniejszyłem ciśnienie, zdjawszy kilka obrotów ligatury. D. 20 brzegi rany wszędzie prawie skleiły się, pozostały li małe otworki nie zarośnięte, głównie tam, gdzie były użyte szpilki. Od kilku dni stolec nie było. Ol. ricini. Cały nos kleiną posmarowano. D. 23 oddaliłem pozostałe szwy. Brzegi rany wszędzie się zablźniły, nie gładkie. Kształt nosa weale zadawalniający, po środku nosa i z lewej strony tylko isunieje nie znaczna wyniosłość. D. 29 forma nosa sama przez się znacznie zmieniła się ku lepszemu. Wyniosłość wyżej wspomniona sama przez się znikła i blizny się wygładziły. Czulość nosa sztucznego powraca. Chory wskazuje właściwe miejsce dotykania, nie odnosi już je do dawniejszego miejsca położenia płata. Zwążywszy to, postanowiłem zostawić czasowi dalszy wpływ na zmianę formy nosa i później dokonać nowych poprawek, jeśli to wypadnie. Chory wyszedł ze szpitala d. 19 maja. Ponieważ on był krótkowzroczny w skutek *staphyloma posticum*, to nosi okulary, co wiele się przyczynia do skrycia blizn. Chorego teraz ciągle widuję. Nos z czasem stał się jeszcze foremniejszym.

Oto są uwagi, które nastroczą ten przypadek pod wieloma względami ciekawy.

1. Najciekawszem zjawiskiem w tym przypadku było owo zgrubienie bardzo znaczne płata, prawie we czwórnasób, a co ważniejsze, że w tym płacie znaleźliśmy ciała kostne. To tem jest ważniejszem, że przy wykrojeniu płata czołowego nie obnażyłem kości, jak to zrobił prof. Langebeck. Zapewne powierzchowna warstwa przykostni była ujęta w płacie.

Niektórzy chirurgowie, na zasadzie badań wykrywających znaczenie i wpływ przykostnej na rozwój kości, radzili dla utworzenia mocnej podstawy dla nowego nosa obnażać kość i wykrajać przykostną. Przypadek nasz świadczy, że bez całkowitego zdjęcia przykostni mogą się rozwinąć ciała kostne. Lubo w ogóle uważaliśmy, że płat przeniesiony grubieje, ale w takim stopniu, jak w tym ostatnim razie, nigdyśmy nie widzieli. W oznaczonym przypadku prof. Langenbeck również wspomina, że go zdziwiło zgrubienie płata przeniesionego z przykostnią z czoła. Zawsześmy się trzymali tej zasady przy wykrajaniu płata, aby on zawierał w sobie skórę i tkankę łączną zaskórną, a czepiec ścięgnisty nie był tknięty. Czy w innych zrazikach wyciętych były się rozwinęły ciała kostne, twierdzić nie możemy. Przypadek nasz przemawia na korzyść twierdzeń prof. Langenbecka, że nie tylko przykostnia, ale i bliższe sąsiednie części z tkanki łącznej złożone są usposobione do utworzenia w nich ciałek kostnych.

2. Co do zaszczepienia skrawka skóry do świeżej ropiejącej powierzchni, to w naszym przypadku dały się stwierdzić spostrzeżenia innych chirurgów co do zmian, jakim podlega sam skrawek, jak i co do sposobu sprzyjania zablżnieniu się ropiejącej powierzchni. Środkowa zablżniona, że tak powiem, wyspa stopniowo się połączyła z bliższą idącą od obwodu blizną.

3. Sposób rynoplastyki prof. Langebecka dał w tym razie daleko świetniejszy rezultat co do formy nosa. Zwykle koniec nosa na skutek ściągania się, kurczenia przegródki i blizn formujących nozdrze bywa zaokrąglony, guzikowaty, że tak powiem, *sui generis*. Przy zastosowaniu zaś tego sposobu mamy naturalne nozdrze, koniec nosa i potrzeba mniej poprawek, mniej wycinań, aby uformować nowy nos foremniejszy.

Mając przed sobą tak świetny wypadek postanowiłem przy nowój okoliczności nadarżającej się znowu użyć tego sposobu. Taka okoliczność właśnie się nadarżyła w Tyfliskim szpitalu wojskowym. Zastosowałem ten sposób, cokolwiek go zmieniwszy.

(Dokończenie nastąpi).

Leczenie porażen powstałych po chorobach zaraźliwych ostrych za pomocą elektryczności

Przez Dra R. Wnorowskiego (z Raciąża).

Nie mam zamiaru pisać wyczerpującej monografii porażen powstałych po chorobach zakaźnych, ani też krytycznie traktować wyczerpujące ich leczenie; na to bowiem potrzeba wiele materiału klinicznego i szeregu rozmaitych doświadczeń, czego lekarz na prowincyi w skutek okoliczności od niego niezależnych wykonać nie może. Mając jednak w swej praktyce kilka wypadków takowych porażen wyleczonych nadzwyczaj szczęśliwie prądem elektrycznym przedstawiam je szan. kolegom.

Wypadków porażień obwodowych po chorobach infekcyjnych miałem 3: 1) porażenie po ospie kończyn górnych i dolnych; 2) po tyfusie podniebienia miękkiego, mięśni gardzieli, kończyny górnej prawej i słuchu; 3) porażenie kończyn dolnych w zupełności, para za górnych po biegunce krwawej.

1. *Paralysis extremitatum post variolam.* W grud. 1872 r. zostałem wezwany na wieś do chorego C. J., który po przebytej ospie już 6 tygodni nie opuszczał łóżka z powodu porażenia kończyn górnych i dolnych. Z opowiadania chorego dowiedziałem się, że w początkach września zapadł na ospę, która ciężko przebiegając w 5 tygodni przeszła w okres rekonwalescencji. Chory z każdym dniem czuł się lepiej, nabierał sił, tylko owrzodzenia na stopach nie pozwalały mu chodzić. W 6 tygodni po skończeniu ospy a w 11 od początku choroby chodził już nie źle, w parę jednak dni uczuł drętwienie kończyn, częściowe i nieokreślone ziębienie, tu i owdzie ból, bieganie mrówek, prędkie znużenie, które to objawy z każdym dniem powiększały się i w 4 dni chorey nie mógł już zupełnie używać kończyny dolnych; następnie podobne nerwowe objawy wystąpiły w kończynach górnych i w 6 dni pacjent, jak się wyraża, nie mógł już ani ręką ani nogą wykonać najmniejszego ruchu. Stan taki zaniepokoił otaczających, udawano się po pomoc wszędzie, stosowano rozmaite środki, kąpiele, wcierania drażniące, wezykatorye, pijawki, strychninę, wszystko to jednak nic nie pomogło, porażenie in statu quo trwało ciągle, w końcu przyłączyła się komplikacja, która dosyć choremu sprawiała trudności, mianowicie silne zaparcie stolca, a mięśnie kończyn górnych i dolnych zaczęły więdnąć.

Badając pierwszy raz chorego znalazłem go w następującym stanie: Mężczyzna, lat 28 mający, leży na wznak, wzrost dobry, mięśnie wiotkie, systemat kostny dobrze rozwinięty, podkładki tłuszczowej pomimo przebytej ciężkiej ospy dosyć, na twarzy i kończynach nadzwyczaj szpecące blizny. Zrenice dobrze reagują na światło. W organach wewnętrznych nie znaleźliśmy nic szczególnego, wyjąwszy kiszek w których jest massa zaległości, chorey co 4—5 dni i dopiero za użyciem kory szakłaku wypróżnia się, apetyt bardzo dobry, urynę oddaje dobrze i w niej nie znaleźliśmy nic szczególnego. Na całej długości kolumny kręgowej nigdzie bólu przy ucisku. Chory nie może wykonać najmniejszego ruchu żadną z kończyn, z których dolne wyciągnięte, górne bezwładne leżą około tułowia, czucie zachowane, przy badaniu mięśni prądem elektrycznym nie znajdujemy zupełnie kurezliwości takowych.

Przyjąwszy na uwagę początek i przebieg bezwładu, mianowicie brak objawów ze strony mózgu i rdzenia pacierzowego, powstawanie powolne, zajęcie obydwu kończyn górnych i dolnych, brak kurezliwości mięśni na drażnienie elektryczne, zachowanie czucia (choć brak jego nie dowodzi porażenia ośrodkowego, albowiem nie ma go, kiedy porażenie obwodowe per contiguitatem zajmuje nerwy czucia, albo gdy porażenie zajmuje nerwy mieszane rdzeniowe powstające niżej *ganglion spinale*), przyszlismy do przekonania, że mamy do czynienia z bezwładem obwodowym powstałym po ospie, a zrobiwszy roko-

wanie wątpliwe (1872 r.) przystąpiliśmy do elektryzowania zajętych kończyn aparatem z podwójnym elementem do prądów stałych i przerywanych Du Bois Raymond, w którym siła prądu zależy od ilości kwasu siarczanego.

Użyłem w tym celu prądu indukcyjnego średniej siły i najprzód przez 5 minut przepuszczałem przez kończyny górne umieszczając końce elektrodów na dłoniach. Przez następne 5 minut elektryzowałem kończyny dolne, przyłożywszy katodę na okolicę 5 kręgu lędźwiowego, anodę zaś przeprowadzałem w kierunku nerwów ruchu, i nareszcie przez 20 minut elektryzowałem każdą z kończyn oddzielnie; kuczliwość przez całe posiedzenie nie okazała się. Rozważywszy, że silne zaparcie stolca powstałe w czasie porażenia zależy od niedostatecznego kurczenia się tłoczni brzusznej i kiszek, elektryzowałem w końcu także mięśnie brzucha. Na drugi dzień kiedy przybyłem do chorego dowiedziałem się, że były bardzo obfite stolce bez użycia szakłaku, oraz że chory, chociaż słabo, może ruszyć kończyną górną prawą. Przystąpiłem więc znowu do elektryzowania w takim samym porządku. Zaraz przy pierwszym przyłożeniu elektrodów okazała się znaczna kuczliwość mięśni, chory wydaje okrzyki radości przy każdym skurczu; w tym razie użyłem prądu najsilniejszego jaki można otrzymać z aparatu wyżej wyszczególnionego. Przybywszy na trzeci dzień zastałem chorego z papierosem w ustach i przy mnie wyjął go z ust, chociaż bardzo niezgrabnie; ruchy tak w kończynach górnych jako też i dolnych, chociaż bardzo ograniczone i niezgrabne, są, stolec był. Nie będę tu opisywał szczegółowo każdego posiedzenia, powiem tylko, że takowych było 8, każde trwało pół godziny, strumień silny. Chory z każdym dniem miał się znacznie lepiej i po 8 dniach uważałem go za zupełnie wyleczonego. Pacjent mój dotąd jest zdrow zupełnie, wygląda czerstwo, ożenił się, jest ojcem dwojga zdrowych dzieci i tylko blizny po przebytej ospie przypominają mu chorobę.

2. *Paralysis palati mollis pharyngis, extremitatis superioris dextri et auris sinistri post typhum.* W maju 1873 r. przybył do mnie ojciec 14 letniego chłopca M. S. prosząc o poradę od zawiania. Z anamnezy dowiedziałem się, że M. S. w marcu przebył typhus brzuszny i wyzdrowiał bez żadnej pomocy lekarskiej. W kilka dni po przebytej kryzie chory zaczął mówić nie wyraźnie, uczył trudność w połykaniu, płyny wracały przez nos, a rodzice zauważyli, że syn ich gorzej słyszy jak w samej chorobie. Jednocześnie z tem pacjent zaczął tracić władzę w kończynie górnej prawej i w 10 dni przyszło do tego że kończyną nie mógł władać zupełnie.

Przy badaniu okazało się: chłopiec, jak na swój wiek, wzrostu małego, wygląd limfatyczny, cera blada, mięśnie wiotkie, systemat kostny słabo rozwinięty, tkanki tłuszczowej mało, w płucach katar oskrzeli, śledziona normalna, katar żołądka. Chory mówi nadzwyczaj niewyraźnie, nosowo, podniebienie miękkie wiszące jak firanka, przy wydobywaniu głosu wykonywa ruch między łukami podniebienia i na migdałach massa śluzu, język obłożony, choremu z trudnością przychodzi połykać wodę, której część wraca przez nos a część wypadłszy do krtani wywołuje gwałtowny kaszel, co według rodziców, powtarza się przy każdym usiłowaniu picia, wewnątrz krtani w braku laryngoskopu

nie badałem. Co do słuchu ten jest w znacznym stopniu przytępiony, chory uderzenia zegarka na prawe ucho słyszy w odległości 18 cali, na lewe przyłożwszy zegarek do samej konchy nie słyszy, w przewodzie słuchowym zewnętrznym nie nienormalnego, błona bębenkowa cała nieco wklęsnięta, żadnej wydzieliny. Co do trąbki Eustachyusza w braku odpowiedniej sondy, sondowałem elastycznym kateterem z odpowiednią krzywizną, który mogłem wprowadzić tylko na początek takowej i za nim wyciągnąłem śluz gęsty jakby zbity.

Co się tyczy kończyny górnej prawej, to ta wisi około tułowia bezwładna, słabe jednak ruchy paluchem, oraz ograniczone zgięcie w palcach wykonać może. Przy usiłowaniu zgięcia kłęb mięśni zewnętrzny napręża się, mięśnie zaś z wewnętrznej strony są zwolnione. Czucie na wewnętrznej stronie, szczególnie w dolnej części przedramienia, oraz 2 palców wewnętrznych osłabione, mięśnie przy działaniu prądu elektrycznego nie kureczą się.

Wypadek ten na zasadzie wyżej przytoczonej odnieśliśmy do porażen obwodowych po tyfusie i postanowiliśmy leczyć go elektrycznością. Przytępienie słuchu odnieśliśmy do zupełnie innej przyczyny. Przy ciężkim a nawet lekkim tyfusie paszcza zawsze jest zajęta katarą i w niej to wrzody tyfusowe bardzo często obierają sobie siedlisko. Katar przechodząc na trąbkę Eustachyusza zwięza jej światło, zatyka ją śluzem, powietrze znajdujące się w jamie bębenkowej zamknięte zostaje wessane, a błona bębenkowa pozbawiona przeciw wagi ustępując pod naciskiem powietrza atmosferycznego wywiera za pośrednictwem kosteczek słuchowych nacisk na błędnik, zmienia przeto warunki odżywiania delikatnych organów stanowiących przyrząd końcowy nerwu słuchowego (Taczanowski Otyatria 1868). Racyonalne więc leczenie przytępionego słuchu polega na tem, aby przesondować trąbkę Eustachyusza, a przez to dać dostęp powietrzu do ucha wewnętrznego. Usiłowaliśmy kilka razy zakładając kateter, przesondować torebkę, co przyszło z wielką trudnością, a następnie wdmuchnęliśmy powietrze, skutek był nadspodziewany, chory na drugi dzień słyszał na lewe ucho prawie tak samo jak na prawe.

Przystępując do elektryzacji podniebienia miękiego oraz mięśni gardzieli, chcieliśmy w stosunkowo krótkim czasie wywrzeć silniejsze drażnienie i dla tego wybraliśmy strumień stały. Lecz przyznać się trzeba, byliśmy w nie małym kłopotcie jak wykonać ten tak trudny rękoczyn dla chorego, oraz gdzie przyłożyć biegun dodatni elektrodu; nerwy bowiem rozgałęziające się w mięśniach gardzieli i podniebienia miękiego pochodzą z rozmaitych źródeł (od 5, 7, a nawet 11 pary, przeto nie było możności zastosować prąd na początek i koniec nerwów. Przyłożyłem biegun dodatni pod kąt żuchwy, biegunem zaś ujemnym zakrzywionym w kształcie łuku dotykałem to podniebienia miękiego, to wprowadzałem w gardziel, co dla chorego było nadzwyczaj nieznośne i z wielkimi trudnościami mógł wytrzymać drażnienie zaledwte przez 2 minuty. Posiedzeń takich wykonałem 4, co wystarczyło do normalnego funkcjonowania podniebienia miękiego i gardzieli.

Nie tak łatwa była kuracya bezwładu kończyny górnej prawej, a raczej *n. ulnaris*, który, według Nothnagla, ma szczególniejszą predyspozycję do bezwładu potyfusowego. Elektryzowaliśmy go w ten sposób: katodę umieszczaliśmy pod pachą, anodę przeprowadzaliśmy w kierunku danego nerwu. posiedzenie trwało 15' i musieliśmy użyć aż 17 posiedzeń do zupełnego wyzdrowienia. Dopiero na 6 posiedzeniu objawiła się kurczliwość w mięśniach. W 3 tygodnie chory znowu zaczął mówić przez nos, oraz uczuwać osłabienie w kończynie prawej, przybył więc powtórnie do mnie, znowu odbyłem 3 posiedzenia, po których do dnia dzisiejszego chory cieszy się najlepszym zdrowiem.

3. *Paralysis extremitatum inferiorum, paresis superiorum post dysenteriam.* Trzeci wypadek dotyczy dziewczyny K. M., 19 lat mającej, która we wrześniu 1875 r., chorowała na dysenterję. W okolicach Raciąża w tym czasie panowała dyzenterja kataralna z nadzwyczaj łagodnym przebiegiem, tłumy ludu zebrane w d. 8 września na odpust, idąc w deszcz, śpiąc na mokrej ziemi w przemokniętym ubraniu, żywiąc się mokremi pokarmami i wszystko to zapijając kwaśnem piwem dostarczyły ogromną ilość wypadków dysenterji prawdziwej. Do liczby tych ostatnich należała i M. K., u której przebieg choroby był nadzwyczaj gwałtowny a raczej ciężki, a na domiar złego przy końcu trzeciego tygodnia choroby pacjentka czuła niedomaganie w kończynach dolnych, co przypisywano osłabieniu po tak gwałtownej chorobie. Niedomaganie to nieokreślonej natury przeszła w parę, a następnie w bezwład, szczególnież kończyny lewej. Co zaś do kończyn górnych, te, że się tak wyrażę, nie miały czasu przejść w bezwład, albowiem chorą na 5 dzień objawów nerwowych przywieziono do mnie.

Badając ją pierwszy raz, znalazłem stan opłakany, wyniszczenie organizmu znaczne, oczy zapadłe, podkładki tłuszczowej prawie nie ma, ciało jakby nabrzękle, co szczególnież widzimy na powiekach, skóra blada przeświecająca. Chora prawie zupełnie nie przyjmuje pokarmów, stan bezgorączkowy, puls 100 mały, nikły, język obłożony, brzuch wzdęty, przy dotykaniu w okolicy biodrowej lewej bolesny, chora oddaje z 15 razy na dzień stolce śluzowo-ropniste skąpe, przy których, jak się wyraża, czuje ból jakby kto świecą palił, uryny nie wiele, w niej dosyć białka. Kończyny dolne a szczególnież lewa zupełnie bezwładne; co do kończyn górnych temi wykonywa ograniczone ruchy, używa je z trudnością do jedzenia, w prawej ma więcej siły niż w lewej; przy drażnieniu elektrycznością, kurczliwość mięśni zniesiona, czucie tak w górnych, jako też w dolnych zachowane.

I w tym razie na zasadzie wyszczególnionej w pierwszym wypadku uważałem chorobę za porażenie obwodowe po dysenterji i postanowiłem leczyć elektrycznością. Oprócz tego musieliśmy uwzględnić ogólny stan chorą i dać odpowiednie środki w celu zniesienia ostatków procesu w kiszkaach i wzmocnienia chorą o ile to jest możebne. Elektryzowałem chorą prądem indukcyjnym, w podobny sposób jak w pierwszym wypadku. Jaki był skutek kuracyi z pewnością tego powiedzieć nie mogę, rodzice bowiem na 5 dzień, kuracyi zabrali do domu, prawdopodobnie jednak zejście choroby było dobre, bowiem już na

trzeciém posiedzeniu kurezliwość w mięśniach okazała się, chora wyglądała lepiej, stołców było około 7, w nich mniej śluzoropy, w urynie mniej białka.

Oto mniej więcej szczegółowy przebieg wypadków będących przedmiotem mojej obserwacji, a teraz musimy wykazać w jaki sposób powstają bezwładności po chorobach zaraźliwych ostrych, oraz znaleźć racjonalne wskazanie do użycia elektryczności.

U indywidualów podległych chorobom zaraźliwym ostrym, ośrodki nerwowe znajdujące się w złych warunkach odżywiania w skutek wysokiej temperatury krwi dopływającej do nich, muszą koniecznie nie normalnie funkcjonować i dla tego to w czasie trwania takowych chorób występują rozmaite objawy nerwowe, jak majaczenie, brak pamięci, przytępienie słuchu i t. d. W innych razach w skutek embolii lub też zawału mózgowego, rozmiękczenia występują objawy daleko groźniejsze, hemiplegie, porażenie organu mowy, wzroku i t. d. Te właśnie zaburzenia w sferze nerwów połączone z głębszemi zmianami w ośrodkach nie są przedmiotem zajmującym nas w tej chwili; my chcemy tylko zwrócić uwagę na bezwładności obwodowe.

Typhus należy do chorób zakaźnych, po którym powstaje najwięcej zaburzeń nerwowych *). Dr Nothnagel na zasadzie własnych spostrzeżeń, oraz zestawiając przypadki rozrzucone w literaturze, przychodzi do tego wniosku, że najczęściej mamy do czynienia z porażeniami ruchu i czucia obok siebie, że najczęściej występują paraplegie zależne od zmian w rdzeniu, lub też paraplegie z bezwładem jednej kończyny górnej (w rdzeniu i mózgu). Jeżeli zaś bezwład występuje w pojedynczych nerwach, to szczególniejszą predyspozycją posiada *n. ulnaris et peroneus*, chociaż często występuje i w innych nerwach. Do rzadszych należą nerwobóle bez bezwładów, oraz bezwładności w osobnionych nerwach czaszkowych.

Co się tyczy przyczyn, to Nothnagel zbija twierdzenie innych autorów, jakoby anaemia ośrodków nerwowych, oraz zwyrodnienie mięśni przy tyfusie przyjmowane przez Zenkera miały spowodować bezwład, albowiem ten ostatni trwać może miesiące po tyfusie, kiedy rekonwalescent przychodzi zupełnie do zdrowia, a zatem kiedy nie może być mowy o anaemii ośrodków nerwowych, oraz, że bezwładności najczęściej napadają te mięśnie, które najrzadziej zwyrodnienie ulegają (najczęściej ulegają zwyrodnieniu kłobne i mięśnie brzucha). Dalej zbija hipotezę Ollivier, że paralysis kończyn dolnych zależna jest od *congestion rhachidienne*, bowiem niepodobna przypuścić aby przekrwienie rdzenia mogło spowodować bezwład miesiące trwający. Sam zaś przyjmuje za przyczynę porażenia tak nazwaną *hydrorrhachis cachectica*, t. j. wylewy surowicze pod opony rdzenia, opisane poprzednio przez Juecouda a sprawdzone na jednym wypadku przez Nothnagla. Pozostają jednak porażenia pojedynczych nerwów, które nie mogą odnosić się do tej prawdopodobnej przyczyny. Otóż Nothnagel opierając się na wypadku porażenia pobłonicowego opisanego przez Buhla, mianowicie na zgrubieniu nerwów rdzeniowych w miejscu połącze-

*) Gaz. Lekarska Nr. 36. 1872.

nia korzeni przednich z tylnymi, odłożeniu w tych miejscach masy ciałek limfatycznych w pochewki nerwowe, przypuszcza że i w porażeniach potyfusowych może mieć to miejsce. Twierdzi więc, że dopóki nacieczenie trwa, pęczki nerwowe zostają uciskane, nerw nienormalnie funkcjonuje, następnie ciałka limfoidalne wsysają się, zostaje tylko tkanka łączna zbita, która cisnąc na pęczki nerwowe wywołuje zaburzenia w sferze ruchu. Z tego widzimy, że według Nothnagla bezwład powinien trwać ciągle, a nawet z czasem powiększyć się, jeżeli to jest możebne; w prognozie jednak powiada, że zejście jest pomyślne. Według więc mnie, jeżeli na końcach nerwów znajduje się nacieczenie (rodzaj plastycznego eksudatu) i nagromadzenie w pochewkach nerwowych ciałek limfoidalnych, to te z czasem zostają wessane, nerw powraca do normalnych warunków i porażenie ustępuje.

Nasz wypadek należy po części do opisywanych przez Nothnagela; mieliśmy bowiem porażenie *n. ulnaris*, zaś paraliż podniebienia miękiego i mięśni gardzieli, według Benedicta, Leydena i Westphala nie należy do rzadkich.

Mniej daleko w literaturze jest opisanych wypadków porażenia po ospie. Bernhardt ¹⁾ opisuje wypadek sparaliżowania, chory w 8 dni zmarł, a badanie pośmiertne wykryło tylko niedokrwistość mózgu, opon i rdzenia; stąd wniosek, że sama niedokrwistość ośrodków nerwowych po chorobach wyniszczających zdolna jest spowodować bezwład. Chalvet ²⁾ opisuje porażenie po przebytej ospie, które zaczęło się od osłabienia kończyn dolnych, następnie przeszło na górne, zajęło organ mowy, połykania, poczem w krótkim czasie nastąpiła śmierć. Sekcja wykazała zawał opony twardej mózgu i istoty rdzenia. Riva ³⁾ spostrzegł dwa wypadki: jeden mężczyzna 45 letni—porażenie połowiczne powstające powoli, bo w 11 dni od początku parezy, wyleczone prądem elektrycznym i uważa go za objaw reflexyjny wywołany ściąganiem, a raczej uciskaniem końców nerwów przez blizny.

O ile mi się zdaje, wszyscy autorowie, których tu przytoczyłem, za mało zwracają uwagi na odżywianie nerwów przy chorobach zakaźnych. Nie mogę przyjąć aby same uciskanie końców nerwowych mogło wywołać bezwład połowiczny, ani też żeby takowy mógł powstać przy samej anaemii ośrodków nerwowych. Być może, że jedno i drugie coś znaczy, ale według mnie, w czasie ospy z początku w skutek podniesienia temperatury, potem w skutek suppuracji nerwy są źle odżywiane, a nawet w niektórych tworzą się przerodzenia nakształt ciałek limfoidalnych, o których wyżej wspominałem. Bezwład zaś ustępuje wtenczas, kiedy nerw zostanie postawiony w warunkach dobrego odżywiania, kiedy, czy to drogą przemiany wstecznej, czy to drogą kataliktycz-

¹⁾ Beitrag zur Lehre von den acuten allgemeinen Paralyse. Klinische Wochenschrift N. 47.

²⁾ Gaz. des hôp.

³⁾ Przegląd Post. Nauk Lek. 1872.

nego działania elektryczności (jak niektórzy chcą pozbywa się pierwiastków nie należących do normalnego składu). Jest to hipoteza, której można zarzucić nie jedno; wartoby aby koledzy mający sposobność zebrania obserwacji szpitalnych starali się rozjaśnić powstawanie bezwładów, o których mowa.

Najmniej wypadków porażenia znalazłem w literaturze po biegunce krwawej. Leyden ¹⁾ uważa takowe za objaw reflexyjny powstały prawdopodobnie w ten sposób: w skutek owrzodzenia odbytncy proces zapalny przechodzi na otaczającą tkanke komórkowatą miednicy i na nerwy i tworzy się *neuritis lumbo sacralis*, a następnie *per contiguitatem*, następuje *myelitis disseminata*, a następnie porażenie. Nie wiem w jaki sposób Leyden tłumaczy sobie refleks w tem objaśnieniu: według mnie, jest to czyste zapalenie i objaw od niego zależny. Lewinson przyjmuje takie *myelitis disseminata*. Ritter ²⁾ twierdzi, że bezwład w takich wypadkach zależny jest od zmienionej czynności nerwów naczynioruchowych. Inni uważają bezwład kończyn dolnych po biegunce krwawej za objaw reflexyjny, kładąc go na karb blizn w kiszkiach i ściągnięcia się tkanki komórkowatej wyścielającej miednicę.

Jeżeli przyjmiemy na uwagę, że niektóre z hipotez objaśniających porażenia, o których mowa, są prawdopodobne, w takim razie elektryczność powinna stanowić najracjonalniejsze leczenie; chodzi nam o to, żeby zmienić warunki odżywiania samych nerwów, czy też droga kataliktyczną wyrugować ciała limfoidalne z pochewek nerwowych, lub też żeby przywrócić prawidłową czynność nerwów naczynioruchowych. Kierując się temi względami zastosowałem elektryczność bardzo szczęśliwie. Zwykle bowiem wszyscy autorowie zgadzają się z tem, że bezwład po chorobach zakaźnych trwają miesiące póki siły natury lub też środki farmakologiczne nie wyrównają zaburzeń w nerwach, Donders nawet przytacza wypadek, w którym chory przy użyciu elektryczności powrócił do zdrowia dopiero w 10 miesięcy. Tak szczęśliwy i prędkie rezultaty kuracyi wypadków przezemnie opisanych, przypisuję świeżości wypadków i dosyć długim posiedzeniom. Żałuję mocno, że w skutek okoliczności odemnie niezależnych ostatniej obserwacyi nie mogłem przyprowadzić do końca.

K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A

O zastosowaniu kwasu salicylowego, jako środka przeciwgorączkowego

Przez Dra C. E. Buss'a w Bazylei.

(*Deutsches Archiv für klinische Medicin* Ziemsse'n'a i Zenkera).

Podał Dr Henryk Lewenstam.

(*Dalszy ciąg*).

Kugler Katarzyna, służąca, wieku lat 24, przyjętą została 11 stycznia, zachorowała przed 14 dniami na *Neuralgia nervi supraorbitalis sinistri*. Chora od długiego już

¹⁾ Tamże.

²⁾ *Allgemeine Wiener med. Zeitung*. 1873. N. 50.

czasu cierpi na blednicę i przedtem często dokuczał jej ból głowy, uskarżała się na nudności, ogólne osłabienie, nieprawidłowe miesiączkowanie, później dopiero wystąpiły bóle nerwowe supraorbitalne, które rzadko i na przebiegu samego nerwu supraorbitalis występują.

Seitz Ulrich, z Rheineck, kamieniarz, 43 lat wieku, wstąpił 11 grudnia 1874 r. *Bronchitis catarrhalis, rheumatismus muscularis*. Użalał się przy przyjęciu na męczący kaszel, ból w lewym boku, brak apetytu; chory jest bardzo osłabionym, nie zdolny do żadnej nadwierzającej pracy; po lewej stronie nie ma stępienia jak i szmeru tarcia, jednak jest drażliwość przy nacisku. Wilgotne rżenia średnie przy podstawie obu płuc. Chociaż zapalenie oskrzeli podczas pobytu w szpitalu się zmniejszyło i nakoniec znikło, jednak na ograniczonym miejscu po lewej stronie klatki piersiowej pozostała nadczułość powiększająca się przy zewnętrznym nacisku, która po skarifikacjach znikła.

König Elżbieta, gospodyni, 31 lat, wstąpiła 12 stycznia na *Cat. gastricus*. Uskarża się na brak apetytu, gorzki smak w ustach, zawrót głowy, ociężałość, chora anemiczna. Podczas badania temperatury chora miała lekkie zapalenie gardła (*angina catarrhalis*) trwające dwa dni, w które ciepłota była nieco wyższą. Dnia 18 19 stycznia po podaniu kwasu salicylowego podwyższenie ciepłoty więcej nie występowało, i potem o godz. 9 i 11 w porównaniu z poprzednim i następnym dniem nie było charakterystycznego obniżenia ciepłoty i tętna. Również i w tym wypadku nie było pogorszenia stanu żołądka i chora wystąpiła 1 lutego zdrową.

Sam autor przyjmował kilka razy większe dawki kwasu salicylowego, raz 3,0 i kilka dawek po 4,0 odrazu. Objawy przez niego zauważane były następujące: z początku słodkawy, następnie nieprzyjemny, cierpki smak z lekko kłującym uczuciem. Zawsze jednak wodą zmięszany proszek (jeżeli resztki w ustach wodą wypłukane zostaną) bez porównania łatwiej można znieść, aniżeli jakąkolwiek sól chininy. 4,0 można w dwóch razach w opłatku bez przykrego smaku przyjąć, chociażby cokolwiek proszku w ustach się pozostało. Niezadługo po przyjęciu całej ilości powstaje uczucie ciepła na skórze ciała, a przeważnie nawał krwi do głowy; skóra twarzy pali przy dotykaniu i cała skóra pokrywa się słabym potem. Przyływ krwi trwał niekiedy 5 najdłużej 10 minut, przyczem regularnie wzrastała częstość tętna, raz nawet doszła 105. Po zażyciu 3,0 po 5-ciu minutach już nie było żadnych objawów, a w kilka godzin potem nie mógł zauważyć żadnych szczególnych skutków. Po 4,0 zaś w kilka godzin pojawiał się szum w uszach. Napływ krwi charakteryzuje się zmianami w organach zmysłów: niepokój, mgła przed oczyma; w jednym wypadku były wyraźne iskry przed oczyma, słuch znacznie osłabiony, szumu w uszach w tym wypadku nigdy nie było. Najwyżej po 10 minutach wpływ kwasu salicylowego zupełnie zniknął. Dopiero po 3—4 godzinach pojawiał się słaby szum w uszach, który wtedy wyraźnie uczuwałem, jeżeli nań przeważnie zwracałem uwagę; skoro inny przedmiot mnie zajmował, nie uczuwałem takowego a o równoczesnem przytępieniu słuchu nie mogłem się przekonać. Apetyt, w skutek przyjmowania tych ilości kwasu na niczem nie ucierpiał, zażyłem raz 4,0 kw. salicylowego na pół godziny przed objadaniem i nie mogłem zauważyć żadnej zmiany w apetycie, również i później nie było żadnych nieprzyjemnych następstw. Kwas salicylowy nie posiada własności odurzających, a jeżeli u niektórych chorych zdaje się spowodować sen, to przyczyna takowego jest inna, o czem poniżej. Mdłości, zbitość, zmniejszenie energii i inne nieprzyjemne objawy, które można zauważyć po przyjęciu większej ilości niektórych środków lekarskich nie występują.

Cogodzinne mierzenia ciepłoty u siebie samego (po 3,0 kw. sal.) odnośnie ciepłoty i tętna dały ujemne rezultaty, jak niżej podane cyfry pokazują (18 stycznia).

Godz.	T.	P.	R.
11	36,7	87	21
12	36,6	89	24
1	36,4	72	27
2	37,0	78	22
3	37,3	84	18
4	37,6	72	21
5	37,4	80	24
6	37,6	84	22
7	37,5	82	24
8	37,3	76	20

Nie można bowiem zauważyć rzeczywistego wpływu na пониżenie ciepłoty i tętna; tak samo możemy powiedzieć, że wymiotów, mdłości, objawów ze strony narządów trawienia nie było; katar żołądkowy nie został wywołanym nawet u osób wielką do niego skłonność mających.

2. U osób gorączkujących kwas salicylowy działa inaczej. Postaramy się w tym miejscu przedstawić ogólne działanie o ile udało się takowe zbadać i w jaki sposób, jednak najprzód należy wspominać, żeśmy nie otrzymali żadnego stanowczego rezultatu pod rozmaitemi względami.

Jak wyżej wspomnieliśmy, gorączkujący znosi znaczne ilości tego środka, których zdrowemu podać nie odważymy. Wielkie przeciwgorączkowe dawki w niektórych wypadkach sprowadzają sen. Z tego powodu obawialiśmy się wpływu na organa ośrodkowe, jak od narkotyku, lecz to okazało się zupełnie bezzasadnem. Kwas salic. sprowadza sen tylko u osób, które z powodu gorączki przez czas dłuższy mało spały; jeżeli zaś w nocy lub w dzień następuje obniżenie ciepłoty, które wycieńczonych chorych uspakaja, wtedy koniecznie następuje sen, podobnie jak przy chininie, której niektórzy chorzy się domagają, jako proszku na sen.

Kwas salicylowy w dawkach przez nas podawanych absolutnie działania narkotycznego nie posiada, nawet przy znacznych dawkach nie zauważono sennosci, jeżeli chorzy nieco spali przez noc poprzednie. W ogóle nie przekonalisimy się o żadnym działaniu jego na ośrodki nerwowe. Nie widziano obłędu, konwulsji, podrażnienia psychicznego, kureczów, paraliżu i t. p. Jeżeli więc pod tym względem porównać kwas salicylowy z chininą i wziąć pod uwagę objawy zatrucia ostatniej u niegorączkujących, to wszystko przemawia za kwasem salicylowym. Nie zauważaliśmy również szkodliwego wpływu na peryferyczny system nerwowy.

Musimy zaprzeczyć, ażeby wyzdrowienie skutkiem zbyt długiego użycia kwasu salicyl. zostało przedłużone, aby inne osłabienie lub powiększone podrażnienie, albo coś w tym rodzaju się pokazało, coby ostrzegało przed użyciem kw. salicylowego; przeciwnie możemy mówić o stanowczo pomysłnych rezultatach. Gdyby w samej rzeczy kwas salic. wywierał jakikolwiek szkodliwy wpływ na układ nerwowy, to przynajmniej raz jeden powinienby godną uwagi spostrzedz zmianę, posługując się nim tak często; jednak tego nie było. Jeżeli gorączka jest znaczną nie należy się obawiać przy dawkach przez nas podawanych upadku sił gorączkującego; w jakich warunkach objawy upadku występują nie usiłujemy pokazać, ponieważ ich ani razu nie zauważyliśmy; nie możemy zatem wiedzieć czy takowych należy się obawiać wkrótce po użyciu, albo później, skoro działanie przeciwgorączkowe najsilniej występuje. Jeżeli po znacznej ilości kwasu salicyl. gorączka zupełnie ustępuje, znajdujemy chorego pokrytego zimnym potem, skóra zaś jest nieco ciepła, czy można mówić przy równoczesnym zadawalniającym stanie ogólnym o upadku sił, skoro pod pachą ciepłota okazała się normalną, chociażby nawet na pierwszy rzut oka pokryty potem chory wydawał się być zniemożonym.

Znaczne obniżenia ciepłoty przez kwas salic. osiągnięte są zwykle poprzedzone obfitym potem, i zdaje się, iż właśnie skutkiem tego następuje utrata ciepłota. Większe ilości kwasu salic. w jamie ustnej zawsze wywołują nieprzyjemne uczucie; rozumie się, iż to zależy od sposobu podawania. Suchy proszek gorszy ma smak, aniżeli kw. salic. rozpuszczony w wodzie; dla wielu chorych jest tak przykrym, iż w niektórych wypadkach po niezręcznem podaniu, skutkiem obrzydzenia kwas salic. został zruconym, tak samo jak i proszek chininy w małej ilości wody podany pociąga za sobą wymioty. Również większe dawki na raz zażyte wywołują niekiedy nudności i uczucie ekliwości, które mogą czas niejaki potrwać, tak iż zadziwiająco zgodne są nieprzyjemne własności kwasu salic. z takimi że chininy.

Sami także zauważyliśmy, że mdłości, ekliwość przy większych dawkach prędzej przechodzą aniżeli przy mniejszych, a przy pierwszych wszystko jedno czy podane były na raz, czy też w przeciągu godziny w kilku dawkach. Chorzy nie byli za ostatnim sposobem podawania i przekładali prawie zawsze przyjąc całą ilość jednorazowo, aby uniknąć powtarzania się przykrego smaku.

Jeżeliśmy wybitnie nadmienili nieprzyjemne własności kwasu salic., smak, subiektywne uczucie, niekiedy zdarzające się wymioty, to należy z drugiej strony powiedzieć, iż te wcale nie pożądane objawy nie występują silniej przy kwasie salic. jak przy chininie. One więc nie mogą przeciwskazać podania tego środka, gdyż ekliwość, wy-

mioty, przykry smak również nie przeciwwskazują użycia chininy. Odnośnie wymiotów należy dodać, że nie zwyczajnie na to, iż one przez niezręczne podawanie mogą być sztucznie wywołane, przez odruch spowodowany złym smakiem; że po większych dawkach dopiero w 3—4 godziny, skoro cała ilość prawdopodobnie została wessaną, wymioty mają miejsce, lecz nie bezpośrednio po zużyciu. W góle zaś zdaje mi się, iż przy zręcznem podaniu wymioty nie występują częściej jak przy chininie, po której wyżej wspomniane przypadłości dosyć często można zauważyć. Wymioty również nie poprzedzają przykre mdłości, jak to się zdarza po innych środkach lekarskich; zagrażających objawów pod jakimkolwiek względem zupełnie nie dostaje.

Temi okolicznościami powodowani, przeważnie na to nacisk kładziemy, iż u większej liczby chorych wymiotów nie ma, i że takowe zdarzają się wyjątkowo. Wystąpienie nawet onych nie może stać na przeszkodzie w zalecaniu na nowo kwasu salic.; jeżeli jednego dnia są wymioty, to często dnia następnego nie pojawiają się; objaśnić tego jednak nie jesteśmy w stanie. Zresztą kwas salic. na żołądek nie ma dalszego działania. Trawienie widocznie nie upośledza się, apetyt po większej części nie podlega zmianie i dotychczas nie mogliśmy przekonać się o innem szkodliwym działaniu. Przeciwnie, doświadczenia nasze pokazują, że żołądek zadziwiająco dobrze go znosi, jak o tem sądzimy z zachowania się jego do błony śluzowej ust i ran. *N a p r z e w ó d p o k a r m o w y* zdaje się nie działać, przynajmniej nie za tem nie przemawia; zresztą nie może nań szkodliwiej działać jak na żołądek. Prócz tego niewątpliwie przeważna ilość zostaje wessaną przez żołądek, tak iż zachodzi pytanie czy należy wspominać o ilości do jelit przechodzącej. Nie możemy rozstrzygnąć czy działa na *p r z y r z ą d y o d d e c h o w e*, jakkolwiek jedna z naszych chorych na suchoty płucne utrzymuje, iż po zażyciu kwasu salic. wieczorem i w nocy mało lub prawie wcale nie kasłała, płwocina dawała wybitny odczyn na kwas salicylowy. Jednak nie pozwalamy sobie z tego robić wniosku, chociaż jest pewnem, iż kwas salic. nie działa szkodliwie na przyrządy oddechowe, mianowicie, iż nie drażni błony śluzowej oskrzeli.

T ę t n o po zażyciu kwasu salicylowego zdaje się u gorączkujących nieco podnosić, lecz obniżenie ciepłoty pociąga również za sobą zmniejszenie częstości tętna. Nawet po małych dawkach można kwas salic. wykryć w *m o c z u*, jednak moc żadnych wybitnych fizycznych własności nie przedstawia, chociażby zawierał w sobie znaczną ilość kwasu salicylowego i salicylurowego. Bardziej godne uwagi to, iż wydzielenie pierwszego po znacznych dawkach nie drażni błony śluzowej pęcherza i cewki moczowej. Ponieważ więc po zażyciu wielkich dawek mocza zawiera odnośnie wielką ilość kwasu salic. i nie drażni błony śluzowej pęcherza moczowego, to rzecz jasna, iż okoliczność ta jest wielkiej wagi, świadczy bowiem, że i roztwory kwasu salic. nie będą drażniły błony śluzowej pęcherza. To więc zaleca kwas salic. dla dezynfekcyjnego traktowania kataru pęcherza (skoro kwas karbolowy drażni), prócz tego świadczy, iż kwas salic. jest dobrze znoszonym przez wszystkie błony śluzowe (nie tylko ust i żołądka), ponieważ błona pęcherza odznacza się szczególną drażliwością. Takoz kwas salic. w lewatywach nie drażni błony śluzowej кишки prostej.

Chininie przypisują wyłącznie specyficzne działanie na zmniejszenie śledziona; o kwasie salic. nie możemy tego powiedzieć, chociaż przy durzycy brzusznej śledziona tak samo się zmniejszyła od niego, jak od chininy. Rzeczywista różnica w działaniu kwasu salic. na gorączkującego leży w zachowaniu się ciepłoty i częstości tętna; skoro była podaną należyta dawka, następuje zmniejszenie ciepłoty i oddech podlega podobnym zmianom.

Wyżej już wspomnieliśmy, że siła działania zależy od rozlicznych czynników przede wszystkim od natężenia choroby i postaci jej, dalej od samego chorego, od dawki przyjętej i t. p., i przy jednakich dawkach od ilości znajdującej się w krwio-biegu poprzednio przyjętej, od przeciągu czasu w jakim zostały zażyte, od postaci podawania, czy jedno, czy też kilkorazowo i t. d.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— Piąty zjazd ruskich badaczy przyrody i lekarzy w Warszawie. Komitet organizacyjny do urządzenia 5-go zjazdu ruskich badaczy przyrody i lekarzy w Warszawie, za pośrednictwem kuratora okręgu naukowego, prosił Ministra Oświecenia Publicznego o zarządzenie przeniesienia terminu rozpoczęcia zjazdu z 15 (27) sierpnia, na 31 sierpnia (12 września) r. b., tak ażeby zjazd odbył się w ciągu 10 dni, od 31 sierpnia (12 września) do 9 (21) września roku bieżącego. Pobudką do téj prośby pomiędzy innemi była ta okoliczność, że niektóre towarzystwa badaczy przyrody przy ruskich uniwersytetach, zawiadomiły komitet, iż liczni członkowie tych towarzystw, mając zamiar przepędzić lato roku bieżącego w rozmaitych miejscowościach Rosyi, jako członkowie różnych wypraw i ekskursyj, mogą ukończyć swe zatrudnienia i przybyć do Warszawy dopiero w pierwszej połowie września. W dniu 26 maja r. b. zapadło Najwyższe upoważnienie do przeniesienia terminu otwarcia zjazdu badaczy przyrody na 31 sierpnia (12 września).

— Laroyenne. Krwotok w skutek przerwania lechtaczki podczas porodu (Journ. de Brux. LXI. Oct. 1875. Schmidts Jahrb. N. 4. 1876). Główka dziecięcia przy przejściu swem przez pochwę maciczną może spowodować najrozmaitsze obrażenia; do najrzadziej trafiających się, można zaliczyć przerwanie korzenia lechtaczki, wypadek na który pierwszy J o u l i n zwrócił uwagę. S e a n z o n i wspomina wprawdzie o krwotokach z pochwy, które zdarzają się szczególnie w górnym jej oddziale i opierają się najsilniejszym środkiem hemostatycznym, zdaje się jednak nie znać tych krwotoków. S c h r ö d e r, K l a p r o t h, W i n c k e l, P o p p e l i inni obserwowali rodarcia ciał jamistych lechtaczki, w skutek których powstawały niebezpieczne niekiedy krwotoki. Sam autor widział podobne rozdarcia 6 razy, wszystkie u pierwiastek, z tych 3 powstały po operacji kleszczowej, jedno po zastosowaniu cephalotriptora, 2 po porodach, które ukończyły się siłami natury. Krwotok zawsze bywał obfity i sam przez się nie ustawał, właściwość, którą objaśnić łatwo budową ciał jamistych. Krwotoki podobne obserwowano w czasie porodów dla ukończenia których pomoc instrumentalna była wskazana, lub też baczna obserwacja, szczególnie w ostatnim okresie z powodu zbyt wolnego przebiegu—niezbędną. Tu odpływ krwi w skutek nacisku płodu na odprowadzające naczynia bywa zatamowany, a przepelnione ciała jamiste przycisnięte zostają do łuku łonowego, to też wkrótce następuje pęknięcie ścianek łącznie z okrywającą ciała jamiste błoną śluzową, w mniejszej lub większej odległości od lechtaczki. Gdyby jednak błona śluzowa wytrzymała ciśnienie, utworzyłby się pod nią *haematoma* lub *trombus vulvae vel vaginae*, wypadku jednak podobnego autor nie miał sposobności obserwować. Pęknięcie ścianek tkanki ciał jamistych łącznie z błoną śluzową skutkuje natychmiastowy upływ krwi, w niektórych nawet razach obserwować można tryskanie strumieni arteryalnych. Ze względu na leczenie, ważną bywa niezmiernie znajomość źródła z kąd krwotok wydobywa się, łatwo bowiem takowy chwilową kompressją zatamować. Nawet możnaby się zabezpieczyć od niego dwoma bocznemi nacięciami najpierw zalecanemi przez P. D u b o i przy zwężeniu pochwy macicznej dla uchronienia od rozdarcia spojeń górnego i dolnego. Ponieważ cięcia te robią się w tkance ubogiej w naczynia krwionośne, nie ma po nich obawy krwotoku.

— Dr Jozef Pawinski wyjechał na sezon letni do Zakładu Hydropatycznego w Nowem Mieście nad Pilicą.

— Prof. Hüttenbrennera „Nauka o chorobach dzieci“ wyszła z druku. Ponieważ dzieło to przeważnie przeznaczonem jest dla lekarzy praktyków, dla obeznania się przeto bliższego załączamy do dzisiejszego Numeru Gazety treść takowego, nadmieniając, że dzieło powyższe kosztuje rs. 5 wraz z przesyłką.

Redaktor i wydawca Prof. Dr. G i r s z t o w i.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy
Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego Nr. 1364 (nowy 1) mieszkania Nr. 6.

Druk. Gaz. Lek. Ul. Sto Krzyz. N. 9. Дозволено Цензурою. Варшава, 23 Іюня (5 Іюля) 1876.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POSWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1876 do 1 stycznia 1877) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1877 r. rsr. 188 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rs. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej. Spostrzeżenia chirurgiczne. Cztery przypadki rynoplastyki. Przez Dra Jana Minkiewicza (z Tyflisu) (Dalszy ciąg).—Leczenie porażek powstałych po chorobach zaraźliwych ostrych za pomocą elektryczności. Przez Dra R. Wnorowskiego (z Raciaża).—Kronika zagraniczna. O zastosowaniu kwasu salicylowego, jako środka przeciwgorączkowego. Przez Dra C. E. Bussa w Bazylei. Podał Dr Henryk Loewenstam (Dalszy ciąg).—Wiadomości bieżące. Piąty zjazd ruskich badaczy przyrody i lekarzy w Warszawie. Laroyenne. Krwotok w skutek przerwania lechtaczki podczas porodu. Dr Józef Pawiński. Prof. Hüttenbrennera Nauka o chorobach dzieci.—Dodatek. Choroby tchawicy, oskrzeli i opłucnej ark. 26 i 27. Choroby narządu ruchu ark. 11 Bibliografii i Krytyki Lekarskiej Nr. 27.

Spostrzeżenia chirurgiczne.

Cztery przypadki rynoplastyki.

Przez Dra Jana Minkiewicza (z Tyflisu).

(Dalszy ciąg).

B. Przyprawienie nosa sposobem indyjskim zmodyfikowanym przez prof. B. Langenbecka.

W czasie pobytu mojego w Berlinie w r. 1859/60 byłem świadkiem po raz pierwszy zrobionej rynoplastyki u chorej, której brakowało wszystkich kości nosa przez prof. Langenbecka, który zamiast tego, aby koniec nosa całkowicie oderznąć przy kościach nosowych i potem przyprawić cały nos z przegródką, oddzielił odpowiednio do kk. nosowych koniec nosa, tak że on zawisł na częściach łączących go z policzkami, odsunął go w dół i w tę nowo powstałą przestrzeń wstawił płat wycięty z czoła daleko mniejszy, zawierający przykostnią. Skutek był najświetniejszy. Forma nosa była bardzo dobra. Professor B. Langebeck ograniczył się małemi poprawkami. Przypadek ten był bardzo ciekawy i z tego względu, że była udowodnioną obecność ciałek kostnych w płacie przeniesionym, wszytym. Prof. ś. p. Szymanowski mówi, że z powodu małej liczby podobnie operowanych, trudno jeszcze stanowczo

wyrokować o wartości, zaletach tego sposobu operowania. Zdaniem moim, chory nadarzający się właśnie był najodpowiedniejszym do zastosowania tego sposobu. Niskość czoła, zachowanie przegródki szczególnież za tem przemawiały.

3) A. Sch., pisarz fortecowej artylleryjskiej komendy, dziś urzędnik, co do pochodzenia izraelita, urodzony w gub. Podolskiej, na służbie zostający od r. 1861, wszedł do szpitala wojskowego Tyfliskiego dnia 27 września 1870 r. Chory dobrze zbudowany, 29 lat mający, w skutek przymiotu uległ zniekształceniu nosa, zależącemu na odumarciu i oddaleniu się przegródki kostnej i chrząstkowej. Kk. nosowe nie tknięte. W skutek tego nos zapadł i miał cechę właściwą tym przypadkom, gdzie przegródka całkowicie ginie. Poniżej dolnego brzegu kk. nosowych powstała zakłębłość poprzeczna; koniec zaś nosa i nozdrza podniesione i naprzód do góry skierowane słowem mieliśmy nos mocno do góry zadarty. Miękką przegródka zachowana. Błona śluzowa w sąsiedztwie nozdrzy zgrubiała, przybrała cechy skóry, i to szczególnież dało się widzieć w prawej jamie nosowej. Uvula zniszczona. Powonienie znacznie osłabione. Blizny po dymienicach pachwinowych. Dnia 29 o godz. 11 oddzieliwszy poprzecznem cięciem, prowadzonem poniżej kk. nosowych—dolną część nosa, usunąłem, opuściłem ją w dół i poleciłem asystującemu koledze trzymać, zatem uformowałem płat czołowy trójkątny bez przegródki; odseparowałem go i przewróciwszy na szypułce wstawiłem do przestrzeni powstałej, między kk. nosowemi i opuszczonym końcem nosa, i wszyłem go tam szwami metalicznemi na przemian z jedwabnemi, już to węzełkowemi, już to szpilkowemi. Poczem cały nos i przyległe części policzków posmarowałem kleiną elastyczną. Ranę czołową zmniejszoną szwami szpilkowemi pokryłem szarpią, zmoczoną mieszaniną oliwy i wody hemostatycznej Nelubina. Ostatecznie czoło i twarz pokryłem watą. O godzinie 3 po południu lekki krwotok z rany czołowej, który sam przez się ustał; tęt. 72. O godz. 5 chory się skarży na mocne bóle głowy, szczególnież okolicy czołowej, tętno 100 pełne. Przy dotykaniu się do płata wszytego,—nam się zdawało, że ciepłota jego niby cokolwiek niższa, niż w częściach otaczających zdrowych. Czułość nosa na dotykanie w ogóle, szczególnież w dolnej jego części, na końcu osłabiona, przytępiona. *Octanu morphiny* $\frac{1}{4}$ gr. na noc. Nos pokryty szarpią, zmoczoną ciepłą mieszaniną równych części oliwy i wody Nelubina i następnie watą. O godz. 10 wieczorem tętno 60.

Dnia 30 chory skarży się na ból w potylicy, skroniach; sen spokojny. Po zdjęciu opatrunku znalazłem, że nos był ciepły i cokolwiek wgięty, zakłębły z lewej strony. Opatrunek jak wczoraj. Na pokarm mleko i kawa. O godzinie 5 po południu t. 60, język wilgotny. Nos nowy czuły na dotykanie ciepły. D. 1 października sen dobry, bóli głowy, t. 72, słabe zbrzęknięcie prawych powiek. Opatrunek na czole niezmienny, na nosie zaś takż jak wczoraj. D. 2—3 chory czuje się dobrze, bóle głowy ustały; nos ciepły. Zdjęto kilka szwów górnych z boków nosa i z czoła, za tem posmarowano nos kleiną. Twarz i czoło pokryłem watą, oliwą zwilżoną. D. 5 rana czołowa ropieć

zaczyna. Zakłęśłość lewej strony nosa mniejsza. Zdjęto 10 szwów z rozmaitych miejsc nowego nosa. Prawy kąt dolny płata nie przyrósł; spojenie zaś w ranie poprzecznej, t. j. płata do wierzchołka nosa, jak najzupełniej się powiodło. D. 7 z boków, szczególnie z lewego. spieszne spojenie powiodło się prawie na całej linii; miejscami, gdzie szwy przecinały skórę, jeszcze się daje widzieć ropienie. Na dolnej części płata, która była wzięta w sąsiedztwie części włosów pokrytej—z powodu niskiego czoła—tuż przy połączeniu z dolną częścią powstałego nosa—włosy odrastać poczynają. Wprawdzie na bardzo małej przestrzeni. Rany nosa rozczynem saletrzanu srebra się zmazują, a potem kleiną się pokrywają. Dnia 13 zdjęto 3 szwy. pozostał zaś jeden na lewej stronie. Na prawej połowie nosa i na poprzecznej ranie spieszne spojenie najzupełniej się powiodło. Lewa strona mniej zakłęśła, równiejsza, gładsza. Rana czołowa mniejsza. Opatrunek zwyczajny i przypiekanie kamieniem piekielnym. D. 19 rana czołowa o trzecią część mniejsza, kąt dolny najpierw i najwięcej się zabił; blizna już na jeden palec poprzeczny jest szeroką po nad wierzchołkiem nosa. Między nosem a kątami wewnętrznymi powiek dają się widzieć czerwoność i obrzmiałość, z lewej strony większe, mniejsze. Wszelkie dotknięcie się odbywa na czole. D. 26 wszystkie ranki pozabliźniały się na nosie. W sąsiedztwie poprzecznej blizny silnie powyrastały włosy. Rana czołowa miała postać trójkąta. Postanowiliśmy z Dr Talko spróbować zaszczepienia skrawka skóry kol. Talko z piersi wziął na 1" szerokości, długi na 1½" powierzchowny skrawek, i umieściwszy go w pośrodku rany umocował tam plastrem lepkiem. Doskonały stan rany czoła, dobre ziarnkowanie jej spowodowało żeśmy postanowili zastosować zaszczepienie, wtedy nowosć zalecaną. D. 29 skrawek przeniesiony wczoraj wiotki, blady, dziś jest cokolwiek czerwieńszy, podobniejszy do tego, jakiśmy wzięli z piersi i zaszczepili. Brzegi skrawka cokolwiek podniesione; środek mocno przyklepiony do powierzchni ziarnkującej. Przez lupę widzieliśmy, że on był pomarszczony. D. 31 skrawek zaszczepiony mocno przyrośnięty, przyklepiony do powierzchni ropiejącej. Brzegi jego stopniowo zlewają się z otaczającymi częściami. Dziś on niżej leży od otaczających go granulacyj. Barwa skrawka podobniejsza do normalnej. Rana czoła znacznie mniejsza. Ranę smarowano rozczynem saletrzanu srebra. D. 3 listopada kąt dolny skrawka zaszczepionego sięga prawie już do dolnego zabiłonego brzegu rany czołowej. Przy obmywaniu rany przypatrując się przez lupę zauważyliśmy, że brzeg górny skrawka odstaje, lekko się podnosi. Barwa jego szczególnie pośrodku podobna do ropy, żółtawa. Rana czołowa i objętość wstawki nosa zmniejszają się. D. 4 skrawek zaszczepiony barwy żółtawej połączył się już z dolnym brzegiem rany czołowej, znacznie zmniejszając się. D. 6, wczoraj oddzieliła się górna warstwa zaszczepionego skrawka skóry; pozostała zaś część jego miała odcień żółtawy, wynosiła się po nad poziom rany i wyglądała niby plamka się niezunywiająca. D. 9 rana czoła zabiłniła się, pośrodku blizny pozostała plamka żółtawa—resztki skrawka zaszczepionego. Nowa blizna nieczuła. Chory po dawnemu dotykać się do nosa czuje na czole.

Dnia 12 stycznia 1871 r. wyciąłem przy wierzchołku nosa czworoboczny kawałek skóry—szypułkę płata. Ranę zszyłem szwami szpilkowymi i węzełkowymi jedwabnymi i pokryłem mieszaniną oliwy i wody Nelubina. W parę godzin po operacji był lekki krwotok z rany. Oddziaływanie żadne. Przy tej operacji zwróciłem uwagę, że wycięty kawałek skóry był mocniej zgrubiały niż w innych przypadkach. D. 15 umiarkowana czerwonosć i obrzmiałość płata, słabe zbrzęknięcie lewych powiek. Stan bezgorączkowy. D. 19 zrośnięcie brzegów powiodło się najdoskonalej. Wszystkie szwy zdjęte. Ranę zmoczono roztworem saletrzanu srebra gr. jj— $\frac{3}{4}$ j wody, a potem pokryto kleiną. D. 26 płat całkowicie przyrośnięty; wyniosłość, przekręceniem sprawiona—zginęła, co bardzo poprawiło formę nosa.

Dnia 16 marca wyciąłem skrawek poprzeczny przez całą grubość nosa, na granicy połączenia skrzydeł nosa i płata przeniesionego, tam gdzie rosły włosy; i połączyłem brzegi rany głównie szwami metalicznymi. Ranę posmarowałem kleiną.

Przy tem szczególniejszą uwagę naszą zwrócił na siebie stopień zgrubienia w tem miejscu płata. Skóra z czoła przyniesiona tu co najmniej we czwórnasób zgrubiała. Zbadawszy ten skrawek wycięty pod mikroskopem znalazłem w nim ciała kostne.

Dnia 18 górna przeniesiona część cokolwiek zaczerwieniona, obrzmiała. Zdjęłem szew szpilkowy i na innych zmniejszyłem ciśnienie, zdjawszy kilka obrotów ligatury. D. 20 brzegi rany wszędzie prawie skleiły się, pozostały li małe otworki nie zarośnięte, głównie tam, gdzie były użyte szpilki. Od kilku dni stołca nie było. Ol. ricini. Cały nos kleiną posmarowano. D. 23 oddaliłem pozostałe szwy. Brzegi rany wszędzie się zablźniły, nie gładkie. Kształt nosa weale zadawalniający, po środku nosa i z lewej strony tylko isunieje nie znaczna wyniosłość. D. 29 forma nosa sama przez się znacznie zmieniła się ku lepszemu. Wyniosłość wyżej wspomniona sama przez się znikła i blizny się wygładziły. Czulość nosa sztucznego powraca. Chory wskazuje właściwe miejsce dotykania, nie odnosi już je do dawniejszego miejsca położenia płata. Zważywszy to, postanowiłem zostawić czasowi dalszy wpływ na zmianę formy nosa i później dokonać nowych poprawek, jeśli to wypadnie. Chory wyszedł ze szpitala d. 19 maja. Ponieważ on był krótkowzroczny w skutek *staphyloma posticum*, to nosi okulary, co wiele się przyczynia do skrycia blizn. Chorego teraz ciągle widuję. Nos z czasem stał się jeszcze foremniejszym.

Oto są uwagi, które nastroczą ten przypadek pod wieloma względami ciekawy.

1. Najciekawszem zjawiskiem w tym przypadku było owo zgrubienie bardzo znaczne płata, prawie we czwórnasób, a co ważniejsze, że w tym płacie znaleźliśmy ciała kostne. To tem jest ważniejszem, że przy wykrojeniu płata czołowego nie obnażyłem kości, jak to zrobił prof. Langebeck. Zapewne powierzchna warstwa przykostni była ujęta w płacie.

Niektórzy chirurdowie, na zasadzie badań wykrywających znaczenie i wpływ przykostnej na rozwój kości, radzili dla utworzenia mocnej podstawy dla nowego nosa obnażać kość i wykrajać przykostną. Przypadek nasz świadczy, że bez całkowitego zdjęcia przykostni mogą się rozwinąć ciała kostne. Lubo w ogóle uważaliśmy, że płat przeniesiony grubieje, ale w takim stopniu, jak w tym ostatnim razie, nigdyśmy nie widzieli. W oznaczonym przypadku prof. Langenbeck również wspomina, że go zdziwiło zgrubienie płata przeniesionego z przykostnią z czoła. Zawsześmy się trzymali tej zasady przy wykrajaniu płata, aby on zawierał w sobie skórę i tkankę łączną zaskórną, a czepiec ścięgnisty nie był tknięty. Czy w innych zrazikach wyciętych były się rozwinęły ciała kostne, twierdzić nie możemy. Przypadek nasz przemawia na korzyść twierdzeń prof. Langenbecka, że nie tylko przykostnia, ale i bliższe sąsiednie części z tkanki łącznej złożone są usposobione do utworzenia w nich ciałek kostnych.

2. Co do zaszczeplenia skrawka skóry do świeżej ropiejącej powierzchni, to w naszym przypadku dały się stwierdzić spostrzeżenia innych chirurgów co do zmian, jakim podlega sam skrawek, jak i co do sposobu sprzyjania zablżnieniu się ropiejącej powierzchni. Srodkowa zablżniona, że tak powiem, wyspa stopniowo się połączyła z bliższą idącą od obwodu blizną.

3. Sposób rynoplastyki prof. Langebecka dał w tym razie daleko świetniejszy rezultat co do formy nosa. Zwykle koniec nosa na skutek ściągania się, kurczenia przegródki i blizn formujących nozdrze bywa zaokrąglony, guzikowaty, że tak powiem, *sui generis*. Przy zastosowaniu zaś tego sposobu mamy naturalne nozdrze, koniec nosa i potrzeba mniej poprawek, mniej wycińnięć, aby uformować nowy nos foremniejszy.

Mając przed sobą tak świetny wypadek postanowiłem przy nowój okoliczności nadarzającej się znowu użyć tego sposobu. Taka okoliczność właśnie się nadarzyła w Tyfliskim szpitalu wojskowym. Zastosowałem ten sposób, cokolwiek go zmieniwszy.

(Dokończenie nastąpi).

Leczenie porażen powstałych po chorobach zaraźliwych ostrych za pomocą elektryczności

Przez Dra R. Wnorowskiego (z Raciąża).

Nie mam zamiaru pisać wyczerpującej monografii porażen powstałych po chorobach zakaźnych, ani też krytycznie traktować wyczerpujące ich leczenie; na to bowiem potrzeba wiele materiału klinicznego i szeregu rozmaitych doświadczeń, czego lekarz na prowincyi w skutek okoliczności od niego niezależnych wykonać nie może. Mając jednak w swój praktyce kilka wypadków takowych porażen wyleczonych nadzwyczaj szczęśliwie prądem elektrycznym przedstawiam je szan. kolegom.

Wypadków porażień obwodowych po chorobach infekcyjnych miałem 3: 1) porażenie po ospie kończyn górnych i dolnych; 2) po tyfusie podniebienia miękkiego, mięśni gardzieli, kończyny górnej prawej i słuchu; 3) porażenie kończyn dolnych w zupełności, parazyta górnych po biegunce krwawej.

1. *Paralysis extremitatum post variolam.* W grud. 1872 r. zostałem wezwany na wieś do chorego C. J., który po przebytej ospie już 6 tygodni nie opuszczał łóżka z powodu porażenia kończyn górnych i dolnych. Z opowiadania chorego dowiedziałem się, że w początkach września zapadł na ospę, która ciężko przebiegając w 5 tygodni przeszła w okres rekonwalescencji. Chory z każdym dniem czuł się lepiej, nabierał sił, tylko owrzodzenia na stopach nie pozwalały mu chodzić. W 6 tygodni po skończeniu ospy a w 11 od początku choroby chodził już nie źle, w parę jednak dni uczuł drętwienie kończyn, częściowe i nieokreślone ziębienie, tu i owdzie ból, bieganie mrówek, prędkie znużenie, które to objawy z każdym dniem powiększały się i w 4 dni chorey nie mógł już zupełnie używać kończyny dolnych; następnie podobne nerwowe objawy wystąpiły w kończynach górnych i w 6 dni pacjent, jak się wyraża, nie mógł już ani ręką ani nogą wykonać najmniejszego ruchu. Stan taki zaniepokoił otaczających, udawano się po pomoc wszędzie, stosowano rozmaite środki, kąpiele, wcierania drażniące, wezykatorye, pijawki, strychninę, wszystko to jednak nie pomogło, porażenie in statu quo trwało ciągle, w końcu przyłączyła się komplikacja, która dosyć choremu sprawiała trudności, mianowicie silne zaparcie stolca, a mięśnie kończyn górnych i dolnych zaczęły więdnąć.

Badając pierwszy raz chorego znalazłem go w następującym stanie: Mężczyzna, lat 28 mający, leży na wznak, wzrost dobry, mięśnie wiotkie, systemat kostny dobrze rozwinięty, podkładki tłuszczowej pomimo przebytej ciężkiej ospy dosyć, na twarzy i kończynach nadzwyczaj szpecące blizny. Zrenice dobrze reagują na światło. W organach wewnętrznych nie znaleźliśmy nic szczególnego, wyjąwszy kiszki w których jest massa zaległości, chorey co 4—5 dni i dopiero za użyciem kory szakłaku wypróżnia się, apetyt bardzo dobry, urynę oddaje dobrze i w niej nie znaleźliśmy nic szczególnego. Na całej długości kolumny kręgowej nigdzie bólu przy ucisku. Chory nie może wykonać najmniejszego ruchu żadną z kończyn, z których dolne wyciągnięte, górne bezwładne leżą około tułowia, czucie zachowane, przy badaniu mięśni prądem elektrycznym nie znajdujemy zupełnie kurezliwości takowych.

Przyjąwszy na uwagę początek i przebieg bezwładu, mianowicie brak objawów ze strony mózgu i rdzenia pacierzowego, powstawanie powolne, zajęcie obydwu kończyn górnych i dolnych, brak kurezliwości mięśni na drażnienie elektryczne, zachowanie czucia (choć brak jego nie dowodzi porażenia ośrodkowego, albowiem nie ma go, kiedy porażenie obwodowe per contiguitatem zajmuje nerwy czucia, albo gdy porażenie zajmuje nerwy mieszane rdzeniowe powstające niżej *ganglion spinale*), przyszlismy do przekonania, że mamy do czynienia z bezwładem obwodowym powstałym po ospie, a zrobiwszy roko-

wanie wątpliwe (1872 r.) przystąpiliśmy do elektryzowania zajętych kończyn aparatem z podwójnym elementem do prądów stałych i przerywanych Du Bois Raymond, w którym siła prądu zależy od ilości kwasu siarczanego.

Użyłem w tym celu prądu indukcyjnego średniej siły i najprzód przez 5 minut przepuszczałem przez kończyny górne umieszczając końce elektrodów na dłoniach. Przez następne 5 minut elektryzowałem kończyny dolne, przyłożywszy katodę na okolicę 5 kręgu lędźwiowego, anodę zaś przeprowadzałem w kierunku nerwów ruchu, i nareszcie przez 20 minut elektryzowałem każdą z kończyn oddzielnie; kuczliwość przez całe posiedzenie nie okazała się. Rozważywszy, że silne zaparcie stolca powstałe w czasie porażenia zależy od niedostatecznego kurczenia się tłoczni brzusznej i kiszek, elektryzowałem w końcu także mięśnie brzucha. Na drugi dzień kiedy przybyłem do chorego dowiedziałem się, że były bardzo obfite stolce bez użycia szakłaku, oraz że chory, chociaż słabo, może ruszyć kończyną górną prawą. Przystąpiłem więc znowu do elektryzowania w takim samym porządku. Zaraz przy pierwszym przyłożeniu elektrodów okazała się znaczna kuczliwość mięśni, chory wydaje okrzyki radości przy każdym skurczu; w tym razie użyłem prądu najsilniejszego jaki można otrzymać z aparatu wyżej wyszczególnionego. Przybywszy na trzeci dzień zastałem chorego z papierosem w ustach i przy mnie wyjął go z ust, chociaż bardzo niezgrabnie; ruchy tak w kończynach górnych jako też i dolnych, chociaż bardzo ograniczone i niezgrabne, są, stolec był. Nie będę tu opisywał szczegółowo każdego posiedzenia, powiem tylko, że takowych było 8, każde trwało pół godziny, strumień silny. Chory z każdym dniem miał się znacznie lepiej i po 8 dniach uważałem go za zupełnie wyleczonego. Pacjent mój dotąd jest zdrow zupełnie, wygląda czerstwo, ożenił się, jest ojcem dwojga zdrowych dzieci i tylko blizny po przebytej ospie przypominają mu chorobę.

2. *Paralysis palati mollis pharyngis, extremitatis superioris dextri et auri sinistri post typhum.* W maju 1873 r. przybył do mnie ojciec 14 letniego chłopca M. S. prosząc o poradę od zawiania. Z anamnezy dowiedziałem się, że M. S. w marcu przebył typhus brzuszny i wyzdrowiał bez żadnej pomocy lekarskiej. W kilka dni po przebytej kryzie chory zaczął mówić nie wyraźnie, uczył trudność w połykaniu, płyny wracały przez nos, a rodzice zauważyli, że syn ich gorzej słyszy jak w samej chorobie. Jednocześnie z tem pacjent zaczął tracić władzę w kończynie górnej prawej i w 10 dni przyszło do tego że kończyną nie mógł władać zupełnie.

Przy badaniu okazało się: chłopiec, jak na swój wiek, wzrostu małego, wygląd limfatyczny, cera blada, mięśnie wiotkie, systemat kostny słabo rozwinięty, tkanki tłuszczowej mało, w płucach katar oskrzeli, śledziona normalna, katar żołądka. Chory mówi nadzwyczaj niewyraźnie, nosowo, podniebienie miękkie wiszące jak firanka, przy wydobywaniu głosu wykonywa ruch między łukami podniebienia i na migdałach massa śluzu, język obłożony, choremu z trudnością przychodzi połykać wodę, której część wraca przez nos a część wypadłszy do krtani wywołuje gwałtowny kaszel, co według rodziców, powtarza się przy każdym usiłowaniu picia, wewnątrz krtani w braku laryngoskopu

nie badałem. Co do słuchu ten jest w znacznym stopniu przytępiony, chory uderzenia zegarka na prawe ucho słyszy w odległości 18 cali, na lewe przyłożwszy zegarek do samej konchy nie słyszy, w przewodzie słuchowym zewnętrznym nie nienormalnego, błona bębenkowa cała nieco wklęsnięta, żadnej wydzieliny. Co do trąbki Eustachyusza w braku odpowiedniej sondy, sondowałem elastycznym kateterem z odpowiednią krzywizną, który mogłem wprowadzić tylko na początek takowej i za nim wyciągnąłem śluz gęsty jakby zbity.

Co się tyczy kończyny górnej prawej, to ta wisi około tułowia bezwładna, słabe jednak ruchy paluchem, oraz ograniczone zgięcie w palcach wykonać może. Przy usiłowaniu zgięcia kłęb mięśni zewnętrzny napręża się, mięśnie zaś z wewnętrznej strony są zwolnione. Czucie na wewnętrznej stronie, szczególnie w dolnej części przedramienia, oraz 2 palców wewnętrznych osłabione, mięśnie przy działaniu prądu elektrycznego nie kureczą się.

Wypadek ten na zasadzie wyżej przytoczonej odnieśliśmy do porażen obwodowych po tyfusie i postanowiliśmy leczyć go elektrycznością. Przytępienie słuchu odnieśliśmy do zupełnie innej przyczyny. Przy ciężkim a nawet lekkim tyfusie paszeza zawsze jest zajęta katarą i w niej to wrzody tyfusowe bardzo często obierają sobie siedlisko. Katar przechodząc na trąbkę Eustachyusza zwięza jej światło, zatyka ją śluzem, powietrze znajdujące się w jamie bębenkowej zamknięte zostaje wessane, a błona bębenkowa pozbawiona przeciw wagi ustępując pod naciskiem powietrza atmosferycznego wywiera za pośrednictwem kosteczek słuchowych nacisk na błędnik, zmienia przeto warunki odżywiania delikatnych organów stanowiących przyrząd końcowy nerwu słuchowego (Taczanowski Otyatria 1868). Racyonalne więc leczenie przytępionego słuchu polega na tem, aby przesondować trąbkę Eustachyusza, a przez to dać dostęp powietrzu do ucha wewnętrznego. Usiłowaliśmy kilka razy zakładając kateter, przesondować torebkę, co przyszło z wielką trudnością, a następnie wdmuchnęliśmy powietrze, skutek był nadspodziewany, chory na drugi dzień słyszał na lewe ucho prawie tak samo jak na prawe.

Przystępując do elektryzacji podniebienia miękiego oraz mięśni gardzieli, chcieliśmy w stosunkowo krótkim czasie wywrzeć silniejsze drażnienie i dla tego wybraliśmy strumień stały. Lecz przyznać się trzeba, byliśmy w nie małym kłopotcie jak wykonać ten tak trudny rękoczyn dla chorego, oraz gdzie przyłożyć biegun dodatni elektrodu; nerwy bowiem rozgałęziające się w mięśniach gardzieli i podniebienia miękiego pochodzą z rozmaitych źródeł (od 5, 7, a nawet 11 pary, przeto nie było możności zastosować prąd na początek i koniec nerwów. Przyłożyłem biegun dodatni pod kąt żuchwy, biegunem zaś ujemnym zakrzywionym w kształcie łuku dotykałem to podniebienia miękiego, to wprowadzałem w gardziel, co dla chorego było nadzwyczaj nieznośne i z wielkimi trudnościami mógł wytrzymać drażnienie zaledwte przez 2 minuty. Posiedzeń takich wykonałem 4, co wystarczyło do normalnego funkcjonowania podniebienia miękiego i gardzieli.

Nie tak łatwa była kuracya bezwładu kończyny górnej prawej, a raczej *n. ulnaris*, który, według Nothnagla, ma szczególniejszą predyspozycję do bezwładu potyfusowego. Elektryzowaliśmy go w ten sposób: katodę umieszczaliśmy pod pachą, anodę przeprowadzaliśmy w kierunku danego nerwu. posiedzenie trwało 15' i musieliśmy użyć aż 17 posiedzeń do zupełnego wyzdrowienia. Dopiero na 6 posiedzeniu objawiła się kurczliwość w mięśniach. W 3 tygodnie chory znowu zaczął mówić przez nos, oraz uczuwać osłabienie w kończynie prawej, przybył więc powtórnie do mnie, znowu odbyłem 3 posiedzenia, po których do dnia dzisiejszego chory cieszy się najlepszym zdrowiem.

3. *Paralysis extremitatum inferiorum, paresis superiorum post dysenteriam.* Trzeci wypadek dotyczy dziewczyny K. M., 19 lat mającej, która we wrześniu 1875 r., chorowała na dysenterję. W okolicach Raciąża w tym czasie panowała dyzenterja kataralna z nadzwyczaj łagodnym przebiegiem, tłumy ludu zebrane w d. 8 września na odpust, idąc w deszcz, śpiąc na mokrej ziemi w przemokniętym ubraniu, żywiąc się mokremi pokarmami i wszystko to zapijając kwaśnem piwem dostarczyły ogromną ilość wypadków dysenterji prawdziwej. Do liczby tych ostatnich należała i M. K., u której przebieg choroby był nadzwyczaj gwałtowny a raczej ciężki, a na domiar złego przy końcu trzeciego tygodnia choroby pacjentka czuła niedomaganie w kończynach dolnych, co przypisywano osłabieniu po tak gwałtownej chorobie. Niedomaganie to nieokreślonej natury przeszła w parę, a następnie w bezwład, szczególnież kończyny lewej. Co zaś do kończyn górnych, te, że się tak wyrażę, nie miały czasu przejść w bezwład, albowiem chorą na 5 dzień objawów nerwowych przywieziono do mnie.

Badając ją pierwszy raz, znalazłem stan opłakany, wyniszczenie organizmu znaczne, oczy zapadłe, podkładki tłuszczowej prawie nie ma, ciało jakby nabrzękle, co szczególnież widzimy na powiekach, skóra blada przeświecająca. Chora prawie zupełnie nie przyjmuje pokarmów, stan bezgorączkowy, puls 100 mały, nikły, język obłożony, brzuch wzdęty, przy dotykaniu w okolicy biodrowej lewej bolesny, chora oddaje z 15 razy na dzień stolce śluzowo-ropniste skape, przy których, jak się wyraża, czuje ból jakby kto świecę palił, uryny nie wiele, w niej dosyć białka. Kończyny dolne a szczególnież lewa zupełnie bezwładne; co do kończyn górnych temi wykonywa ograniczone ruchy, używa je z trudnością do jedzenia, w prawej ma więcej siły niż w lewej; przy drażnieniu elektrycznością, kurczliwość mięśni zniesiona, czucie tak w górnych, jako też w dolnych zachowane.

I w tym razie na zasadzie wyszczególnionej w pierwszym wypadku uważałem chorobę za porażenie obwodowe po dysenterji i postanowiłem leczyć elektrycznością. Oprócz tego musieliśmy uwzględnić ogólny stan chorej i dać odpowiednie środki w celu zniesienia ostatków procesu w kiszkaach i wzmocnienia chorej o ile to jest możebne. Elektryzowałem chorą prądem indukcyjnym, w podobny sposób jak w pierwszym wypadku. Jaki był skutek kuracyi z pewnością tego powiedzieć nie mogę, rodzice bowiem na 5 dzień, kuracyi zabrali do domu, prawdopodobnie jednak zejście choroby było dobre, bowiem już na

trzeciém posiedzeniu kurezliwość w mięśniach okazała się, chora wyglądała lepiej, stołców było około 7, w nich mniej śluzoropy, w urynie mniej białka.

Oto mniej więcej szczegółowy przebieg wypadków będących przedmiotem mojej obserwacji, a teraz musimy wykazać w jaki sposób powstają bezwładności po chorobach zaraźliwych ostrych, oraz znaleźć racjonalne wskazanie do użycia elektryczności.

U indywidualów podległych chorobom zaraźliwym ostrym, ośrodki nerwowe znajdujące się w złych warunkach odżywiania w skutek wysokiej temperatury krwi dopływającej do nich, muszą koniecznie nie normalnie funkcjonować i dla tego to w czasie trwania takowych chorób występują rozmaite objawy nerwowe, jak majaczenie, brak pamięci, przytępienie słuchu i t. d. W innych razach w skutek embolii lub też zawału mózgowego, rozmiękczenia występują objawy daleko groźniejsze, hemiplegie, porażenie organu mowy, wzroku i t. d. Te właśnie zaburzenia w sferze nerwów połączone z głębszemi zmianami w ośrodkach nie są przedmiotem zajmującym nas w tej chwili; my chcemy tylko zwrócić uwagę na bezwładności obwodowe.

Typhus należy do chorób zakaźnych, po którym powstaje najwięcej zaburzeń nerwowych *). Dr Nothnagel na zasadzie własnych spostrzeżeń, oraz zestawiając przypadki rozrzucone w literaturze, przychodzi do tego wniosku, że najczęściej mamy do czynienia z porażeniami ruchu i czucia obok siebie, że najczęściej występują paraplegie zależne od zmian w rdzeniu, lub też paraplegie z bezwładem jednej kończyny górnej (w rdzeniu i mózgu). Jeżeli zaś bezwład występuje w pojedynczych nerwach, to szczególniejszą predyspozycją posiada *n. ulnaris et peroneus*, chociaż często występuje i w innych nerwach. Do rzadszych należą nerwobóle bez bezwładów, oraz bezwładności w osobnionych nerwach czaszkowych.

Co się tyczy przyczyn, to Nothnagel zbija twierdzenie innych autorów, jakoby anaemia ośrodków nerwowych, oraz zwyrodnienie mięśni przy tyfusie przyjmowane przez Zenkera miały spowodować bezwład, albowiem ten ostatni trwać może miesiące po tyfusie, kiedy rekonwalescent przychodzi zupełnie do zdrowia, a zatem kiedy nie może być mowy o anaemii ośrodków nerwowych, oraz, że bezwładności najczęściej napadają te mięśnie, które najrzadziej zwyrodnienie ulegają (najczęściej ulegają zwyrodnieniu kłobne i mięśnie brzucha). Dalej zbija hipotezę Ollivier, że paralysis kończyn dolnych zależna jest od *congestion rhachidienne*, bowiem niepodobna przypuścić aby przekrwienie rdzenia mogło spowodować bezwład miesiące trwający. Sam zaś przyjmuje za przyczynę porażenia tak nazwaną *hydrorrhachis cachectica*, t. j. wylewy surowicze pod opony rdzenia, opisane poprzednio przez Juccouda a sprawdzone na jednym wypadku przez Nothnagla. Pozostają jednak porażenia pojedynczych nerwów, które nie mogą odnosić się do tej prawdopodobnej przyczyny. Otóż Nothnagel opierając się na wypadku porażenia pobłonicowego opisanego przez Buhla, mianowicie na zgrubieniu nerwów rdzeniowych w miejscu połącze-

*) Gaz. Lekarska Nr. 36. 1872.

nia korzeni przednich z tylnymi, odłożeniu w tych miejscach masy ciałek limfatycznych w pochewki nerwowe, przypuszcza że i w porażeniach potyfusowych może mieć to miejsce. Twierdzi więc, że dopóki nacieczenie trwa, pęczki nerwowe zostają uciskane, nerw nienormalnie funkcjonuje, następnie ciałka limfoidalne wsysają się, zostaje tylko tkanka łączna zbita, która cisnąc na pęczki nerwowe wywołuje zaburzenia w sferze ruchu. Z tego widzimy, że według Nothnagla bezwład powinien trwać ciągle, a nawet z czasem powiększyć się, jeżeli to jest możebne; w prognozie jednak powiada, że zejście jest pomyślne. Według więc mnie, jeżeli na końcach nerwów znajduje się nacieczenie (rodzaj plastycznego eksudatu) i nagromadzenie w pochewkach nerwowych ciałek limfoidalnych, to te z czasem zostają wessane, nerw powraca do normalnych warunków i porażenie ustępuje.

Nasz wypadek należy po części do opisywanych przez Nothnagela; mieliśmy bowiem porażenie *n. ulnaris*, zaś paraliż podniebienia miękiego i mięśni gardzieli, według Benedicta, Leydena i Westphala nie należy do rzadkich.

Mniej daleko w literaturze jest opisanych wypadków porażenia po ospie. Bernhardt ¹⁾ opisuje wypadek sparaliżowania, chory w 8 dni zmarł, a badanie pośmiertne wykryło tylko niedokrwistość mózgu, opon i rdzenia: stąd wniosek, że sama niedokrwistość ośrodków nerwowych po chorobach wyniszczających zdolna jest spowodować bezwład. Chalvet ²⁾ opisuje porażenie po przebytej ospie, które zaczęło się od osłabienia kończyn dolnych, następnie przeszło na górne, zajęło organ mowy, połykania, poczem w krótkim czasie nastąpiła śmierć. Sekcyja wykazała zawał opony twardej mózgu i istoty rdzenia. Riva ³⁾ spostrzegł dwa wypadki: jeden mężczyzna 45 letni—porażenie połowicze powstające powoli, bo w 11 dni od początku parezy, wyleczone prądem elektrycznym i uważa go za objaw reflexyjny wywołany ściąganiem, a raczej uciskaniem końców nerwów przez blizny.

O ile mi się zdaje, wszyscy autorowie, których tu przytoczyłem, za mało zwracają uwagi na odżywianie nerwów przy chorobach zakaźnych. Nie mogę przyjąć aby same uciskanie końców nerwowych mogło wywołać bezwład połowiczy, ani też żeby takowy mógł powstać przy samej anaemii ośrodków nerwowych. Być może, że jedno i drugie coś znaczy, ale według mnie, w czasie ospy z początku w skutek podniesienia temperatury, potem w skutek suppuracji nerwy są źle odżywiane, a nawet w niektórych tworzą się przerodzenia nakształt ciałek limfoidalnych, o których wyżej wspominałem. Bezwład zaś ustępuje wtenczas, kiedy nerw zostanie postawiony w warunkach dobrego odżywiania, kiedy, czy to drogą przemiany wstecznej, czy to drogą kataliktycz-

¹⁾ Beitrag zur Lehre von den acuten allgemeinen Paralyse. Klinische Wochenschrift N. 47.

²⁾ Gaz. des hôp.

³⁾ Przegląd Post. Nauk Lek. 1872.

nego działania elektryczności (jak niektórzy chcą pozbywa się pierwiastków nie należących do normalnego składu). Jest to hipoteza, której można zarzucić nie jedno; wartoby aby koledzy mający sposobność zebrania obserwacji szpitalnych starali się rozjaśnić powstawanie bezwładów, o których mowa.

Najmniej wypadków porażenia znalazłem w literaturze po biegunce krwawej. Leyden ¹⁾ uważa takowe za objaw reflexyjny powstały prawdopodobnie w ten sposób: w skutek owrzodzenia odbytncy proces zapalny przechodzi na otaczającą tkanke komórkowatą miednicy i na nerwy i tworzy się *neuritis lumbo sacralis*, a następnie *per contiguitatem*, następuje *myelitis disseminata*, a następnie porażenie. Nie wiem w jaki sposób Leyden tłumaczy sobie refleks w tem objaśnieniu: według mnie, jest to czyste zapalenie i objaw od niego zależny. Lewinson przyjmuje takie *myelitis disseminata*. Ritter ²⁾ twierdzi, że bezwład w takich wypadkach zależny jest od zmienionej czynności nerwów naczynioruchowych. Inni uważają bezwład kończyn dolnych po biegunce krwawej za objaw reflexyjny, kładąc go na karb blizn w kiszkiach i ściągnięcia się tkanki komórkowatej wyścielającej miednicę.

Jeżeli przyjmiemy na uwagę, że niektóre z hipotez objaśniających porażenia, o których mowa, są prawdopodobne, w takim razie elektryczność powinna stanowić najracjonalniejsze leczenie; chodzi nam o to, żeby zmienić warunki odżywiania samych nerwów, czy też droga kataliktyczną wyrugować ciała limfoidalne z pochewek nerwowych, lub też żeby przywrócić prawidłową czynność nerwów naczynioruchowych. Kierując się temi względami zastosowałem elektryczność bardzo szczęśliwie. Zwykle bowiem wszyscy autorowie zgadzają się z tem, że bezwład po chorobach zakaźnych trwają miesiące póki siły natury lub też środki farmakologiczne nie wyrównają zaburzeń w nerwach, Donders nawet przytacza wypadek, w którym chory przy użyciu elektryczności powrócił do zdrowia dopiero w 10 miesięcy. Tak szczęśliwy i prędkie rezultaty kuracyi wypadków przezemnie opisanych, przypisuję świeżości wypadków i dosyć długim posiedzeniom. Żałuję mocno, że w skutek okoliczności odemnie niezależnych ostatniej obserwacyi nie mogłem przyprowadzić do końca.

K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

O zastosowaniu kwasu salicylowego, jako środka przeciwgorączkowego

Przez Dra C. E. Buss'a w Bazylei.

(*Deutsches Archiv für klinische Medicin* Ziemsse'n'a i Zenkera).

Podał Dr Henryk Lewenstam.

(*Dalszy ciąg*).

Kugler Katarzyna, służąca, wieku lat 24, przyjętą została 11 stycznia, zachorowała przed 14 dniami na *Neuralgia nervi supraorbitalis sinistri*. Chora od długiego już

¹⁾ Tamże.

²⁾ *Allgemeine Wiener med. Zeitung*. 1873. N. 50.

czasu cierpi na blednicę i przedtem często dokuczał jej ból głowy, uskarżała się na nudności, ogólne osłabienie, nieprawidłowe miesiączkowanie, później dopiero wystąpiły bóle nerwowe supraorbitalne, które rzadko i na przebiegu samego nerwu supraorbitalis występują.

Seitz Ulrich, z Rheineck, kamieniarz, 43 lat wieku, wstąpił 11 grudnia 1874 r. *Bronchitis catarrhalis, rheumatismus muscularis*. Użalał się przy przyjęciu na męczący kaszel, ból w lewym boku, brak apetytu; chory jest bardzo osłabionym, nie zdolny do żadnej nadwierzającej pracy; po lewej stronie nie ma stępienia jak i szmeru tarcia, jednak jest drażliwość przy nacisku. Wilgotne rżenia średnie przy podstawie obu płuc. Chociaż zapalenie oskrzeli podczas pobytu w szpitalu się zmniejszyło i nakoniec znikło, jednak na ograniczonym miejscu po lewej stronie klatki piersiowej pozostała nadczułość powiększająca się przy zewnętrznym nacisku, która po skarifikacjach znikła.

König Elżbieta, gospodyni, 31 lat, wstąpiła 12 stycznia na *Cat. gastricus*. Uskarża się na brak apetytu, gorzki smak w ustach, zawrót głowy, ociężałość, chora anemiczna. Podczas badania temperatury chora miała lekkie zapalenie gardła (*angina catarrhalis*) trwające dwa dni, w które ciepłota była nieco wyższą. Dnia 18 19 stycznia po podaniu kwasu salicylowego podwyższenie ciepłoty więcej nie występowało, i potem o godz. 9 i 11 w porównaniu z poprzednim i następnym dniem nie było charakterystycznego obniżenia ciepłoty i tętna. Również i w tym wypadku nie było pogorszenia stanu żołądka i chora wystąpiła 1 lutego zdrową.

Sam autor przyjmował kilka razy większe dawki kwasu salicylowego, raz 3,0 i kilka dawek po 4,0 odrazu. Objawy przez niego zauważane były następujące: z początku słodkawy, następnie nieprzyjemny, cierpki smak z lekko kłującym uczuciem. Zawsze jednak wodą zmięszany proszek (jeżeli resztki w ustach wodą wypłukane zostaną) bez porównania łatwiej można znieść, aniżeli jakąkolwiek sól chininy. 4,0 można w dwóch razach w opłatku bez przykrego smaku przyjąć, chociażby cokolwiek proszku w ustach się pozostało. Niezadługo po przyjęciu całej ilości powstaje uczucie ciepła na skórze ciała, a przeważnie nawał krwi do głowy; skóra twarzy pali przy dotykaniu i cała skóra pokrywa się słabym potem. Przyływ krwi trwał niekiedy 5 najdłużej 10 minut, przyczem regularnie wzrastała częstość tętna, raz nawet doszła 105. Po zażyciu 3,0 po 5-ciu minutach już nie było żadnych objawów, a w kilka godzin potem nie mógł zauważyć żadnych szczególnych skutków. Po 4,0 zaś w kilka godzin pojawiał się szum w uszach. Napływ krwi charakteryzuje się zmianami w organach zmysłów: niepokój, mgła przed oczyma; w jednym wypadku były wyraźne iskry przed oczyma, słuch znacznie osłabiony, szumu w uszach w tym wypadku nigdy nie było. Najwyżej po 10 minutach wpływ kwasu salicylowego zupełnie zniknął. Dopiero po 3—4 godzinach pojawiał się słaby szum w uszach, który wtedy wyraźnie uczuwałem, jeżeli nań przeważnie zwracałem uwagę; skoro inny przedmiot mnie zajmował, nie uczuwałem takowego a o równoczesnem przytępieniu słuchu nie mogłem się przekonać. Apetyt, w skutek przyjmowania tych ilości kwasu na niczem nie ucierpiał, zażyłem raz 4,0 kw. salicylowego na pół godziny przed objadaniem i nie mogłem zauważyć żadnej zmiany w apetycie, również i później nie było żadnych nieprzyjemnych następstw. Kwas salicylowy nie posiada własności odurzających, a jeżeli u niektórych chorych zdaje się sprowadzać sen, to przyczyna takowego jest inna, o czem poniżej. Mdłości, zbitość, zmniejszenie energii i inne nieprzyjemne objawy, które można zauważyć po przyjęciu większej ilości niektórych środków lekarskich nie występują.

Cogodzinne mierzenia ciepłoty u siebie samego (po 3,0 kw. sal.) odnośnie ciepłoty i tętna dały ujemne rezultaty, jak niżej podane cyfry pokazują (18 stycznia).

Godz.	T.	P.	R.
11	36,7	87	21
12	36,6	89	24
1	36,4	72	27
2	37,0	78	22
3	37,3	84	18
4	37,6	72	21
5	37,4	80	24
6	37,6	84	22
7	37,5	82	24
8	37,3	76	20

Nie można bowiem zauważyć rzeczywistego wpływu na пониżenie ciepłoty i tętna; tak samo możemy powiedzieć, że wymiotów, mdłości, objawów ze strony narządów trawienia nie było; katar żołądkowy nie został wywołanym nawet u osób wielką do niego skłonność mających.

2. U osób gorączkujących kwas salicylowy działa inaczej. Postaramy się w tym miejscu przedstawić ogólne działanie o ile udało się takowe zbadać i w jaki sposób, jednak najprzód należy wspominać, żeśmy nie otrzymali żadnego stanowczego rezultatu pod rozmaitemi względami.

Jak wyżej wspomnieliśmy, gorączkujący znosi znaczne ilości tego środka, których zdrowemu podać nie odważymy. Wielkie przeciwgorączkowe dawki w niektórych wypadkach sprowadzają sen. Z tego powodu obawialiśmy się wpływu na organa ośrodkowe, jak od narkotyku, lecz to okazało się zupełnie bezzasadnem. Kwas salic. sprowadza sen tylko u osób, które z powodu gorączki przez czas dłuższy mało spały; jeżeli zaś w nocy lub w dzień następuje obniżenie ciepłoty, które wycieńczonych chorych uspakaja, wtedy koniecznie następuje sen, podobnie jak przy chininie, której niektórzy chorzy się domagają, jako proszku na sen.

Kwas salicylowy w dawkach przez nas podawanych absolutnie działania narkotycznego nie posiada, nawet przy znacznych dawkach nie zauważono sennosci, jeżeli chory nieco spali przez noc poprzednie. W ogóle nie przekonalisimy się o żadnym działaniu jego na ośrodki nerwowe. Nie widziano obłędu, konwulsji, podrażnienia psychicznego, kureczów, paraliżu i t. p. Jeżeli więc pod tym względem porównać kwas salicylowy z chininą i wziąć pod uwagę objawy zatrucia ostatniej u niegorączkujących, to wszystko przemawia za kwasem salicylowym. Nie zauważaliśmy również szkodliwego wpływu na peryferyczny system nerwowy.

Musimy zaprzeczyć, ażeby wyzdrowienie skutkiem zbyt długiego użycia kwasu salicyl. zostało przedłużone, aby inne osłabienie lub powiększone podrażnienie, albo coś w tym rodzaju się pokazało, coby ostrzegało przed użyciem kw. salicylowego; przeciwnie możemy mówić o stanowczo pomysłnych rezultatach. Gdyby w samej rzeczy kwas salic. wywierał jakikolwiek szkodliwy wpływ na układ nerwowy, to przynajmniej raz jeden powinienby godną uwagi spostrzedz zmianę, posługując się nim tak często; jednak tego nie było. Jeżeli gorączka jest znaczną nie należy się obawiać przy dawkach przez nas podawanych upadku sił gorączkującego; w jakich warunkach objawy upadku występują nie usiłujemy pokazać, ponieważ ich ani razu nie zauważyliśmy; nie możemy zatem wiedzieć czy takowych należy się obawiać wkrótce po użyciu, albo później, skoro działanie przeciwgorączkowe najsilniej występuje. Jeżeli po znacznej ilości kwasu salicyl. gorączka zupełnie ustępuje, znajdujemy chorego pokrytego zimnym potem, skóra zaś jest nieco ciepła, czy można mówić przy równoczesnym zadawalniającym stanie ogólnym o upadku sił, skoro pod pachą ciepłota okazała się normalną, chociażby nawet na pierwszy rzut oka pokryty potem chory wydawał się być zniemożonym.

Znaczne obniżenia ciepłoty przez kwas salic. osiągnięte są zwykle poprzedzone obfitym potem, i zdaje się, iż właśnie skutkiem tego następuje utrata ciepłota. Większe ilości kwasu salic. w jamie ustnej zawsze wywołują nieprzyjemne uczucie; rozumie się, iż to zależy od sposobu podawania. Suchy proszek gorszy ma smak, aniżeli kw. salic. rozpuszczony w wodzie; dla wielu chorych jest tak przykrym, iż w niektórych wypadkach po niezręcznem podaniu, skutkiem obrzydzenia kwas salic. został zruconym, tak samo jak i proszek chininy w małej ilości wody podany pociąga za sobą wymioty. Również większe dawki na raz zażyte wywołują niekiedy nudności i uczucie ekliwości, które mogą czas niejaki potrwać, tak iż zadziwiająco zgodne są nieprzyjemne własności kwasu salic. z takimi że chininy.

Sami także zauważyliśmy, że mdłości, ekliwość przy większych dawkach prędzej przechodzą aniżeli przy mniejszych, a przy pierwszych wszystko jedno czy podane były na raz, czy też w przeciągu godziny w kilku dawkach. Chorzy nie byli za ostatnim sposobem podawania i przekładali prawie zawsze przyjąć całą ilość jednorazowo, aby uniknąć powtarzania się przykrego smaku.

Jeżeliśmy wybitnie nadmienili nieprzyjemne własności kwasu salic., smak, subiektywne uczucie, niekiedy zdarzające się wymioty, to należy z drugiej strony powiedzieć, iż te wcale nie pożądane objawy nie występują silniej przy kwasie salic. jak przy chininie. One więc nie mogą przeciwskazać podania tego środka, gdyż ekliwość, wy-

mioty, przykry smak również nie przeciwwskazują użycia chininy. Odnosnie wymiotów należy dodać, że nie zwazając na to, iż one przez niezręczne podawanie mogą być sztucznie wywołane, przez odruch spowodowany złym smakiem; że po większych dawkach dopiero w 3—4 godziny, skoro cała ilość prawdopodobnie została wessaną, wymioty mają miejsce, lecz nie bezpośrednio po zużyciu. W góle zaś zdaje mi się, iż przy zręcznem podaniu wymioty nie występują częściej jak przy chininie, po której wyżej wspomniane przypadłości dosyć często można zauważyć. Wymioty również nie poprzedzają przykre mdłości, jak to się zdarza po innych środkach lekarskich; zagrażających objawów pod jakimkolwiek względem zupełnie nie dostaje.

Temi okolicznościami powodowani, przeważnie na to nacisk kładziemy, iż u większej liczby chorych wymiotów nie ma, i że takowe zdarzają się wyjątkowo. Wystąpienie nawet onych nie może stać na przeszkodzie w zalecaniu na nowo kwasu salic.; jeżeli jednego dnia są wymioty, to często dnia następnego nie pojawiają się; objaśnić tego jednak nie jesteśmy w stanie. Zresztą kwas salic. na żołądek nie ma dalszego działania. Trawienie widocznie nie upośledza się, apetyt po większej części nie podlega zmianie i dotychczas nie mogliśmy przekonać się o innem szkodliwym działaniu. Przeciwnie, doświadczenia nasze pokazują, że żołądek zadziwiająco dobrze go znosi, jak o tem sądzimy z zachowania się jego do błony śluzowej ust i ran. *N a p r z e w ó d p o k a r m o w y* zdaje się nie działać, przynajmniej nie za tem nie przemawia; zresztą nie może nań szkodliwiej działać jak na żołądek. Prócz tego niewątpliwie przeważna ilość zostaje wessaną przez żołądek, tak iż zachodzi pytanie czy należy wspominać o ilości do jelit przechodzącej. Nie możemy rozstrzygnąć czy działa na *p r z y r z ą d y o d d e c h o w e*, jakkolwiek jedna z naszych chorych na suchoty płucne utrzymuje, iż po zażyciu kwasu salic. wieczorem i w nocy mało lub prawie wcale nie kasłała, płwocina dawała wybitny odczyn na kwas salicylowy. Jednak nie pozwalamy sobie z tego robić wniosku, chociaż jest pewnem, iż kwas salic. nie działa szkodliwie na przyrządy oddechowe, mianowicie, iż nie drażni błony śluzowej oskrzeli.

T ę t n o po zażyciu kwasu salicylowego zdaje się u gorączkujących nieco podnosić, lecz obniżenie ciepłoty pociąga również za sobą zmniejszenie częstości tętna. Nawet po małych dawkach można kwas salic. wykryć w *m o c z u*, jednak moc żadnych wybitnych fizycznych własności nie przedstawia, chociażby zawierał w sobie znaczną ilość kwasu salicylowego i salicylurowego. Bardziej godne uwagi to, iż wydzielanie pierwszego po znacznych dawkach nie drażni błony śluzowej pęcherza i cewki moczowej. Ponieważ więc po zażyciu wielkich dawek mocza zawiera odnośnie wielką ilość kwasu salic. i nie drażni błony śluzowej pęcherza moczowego, to rzecz jasna, iż okoliczność ta jest wielkiej wagi, świadczy bowiem, że i roztwory kwasu salic. nie będą drażniły błony śluzowej pęcherza. To więc zaleca kwas salic. dla dezynfekcyjnego traktowania kataru pęcherza (skoro kwas karbolowy drażni), prócz tego świadczy, iż kwas salic. jest dobrze znoszonym przez wszystkie błony śluzowe (nie tylko ust i żołądka), ponieważ błona pęcherza odznacza się szczególną drażliwością. Takoz kwas salic. w lewatywach nie drażni błony śluzowej kiszki prostej.

Chininie przypisują wyłącznie specyficzne działanie na zmniejszenie śledziona; o kwasie salic. nie możemy tego powiedzieć, chociaż przy durzycy brzusznej śledziona tak samo się zmniejszyła od niego, jak od chininy. Rzeczywista różnica w działaniu kwasu salic. na gorączkującego leży w zachowaniu się ciepłoty i częstości tętna; skoro była podaną należyta dawka, następuje zmniejszenie ciepłoty i oddech podlega podobnym zmianom.

Wyżej już wspomnieliśmy, że siła działania zależy od rozlicznych czynników przedewszystkiem od natężenia choroby i postaci jej, dalej od samego chorego, od dawki przyjętej i t. p., i przy jednakich dawkach od ilości znajdującej się w krwio-biegu poprzednio przyjętej, od przeciągu czasu w jakim zostały zażyte, od postaci podawania, czy jedno, czy też kilkorazowo i t. d.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— Piąty zjazd ruskich badaczy przyrody i lekarzy w Warszawie. Komitet organizacyjny do urządzenia 5-go zjazdu ruskich badaczy przyrody i lekarzy w Warszawie, za pośrednictwem kuratora okręgu naukowego, prosił Ministra Oświecenia Publicznego o zarządzenie przeniesienia terminu rozpoczęcia zjazdu z 15 (27) sierpnia, na 31 sierpnia (12 września) r. b., tak ażeby zjazd odbył się w ciągu 10 dni, od 31 sierpnia (12 września) do 9 (21) września roku bieżącego. Pobudką do téj prośby pomiędzy innemi była ta okoliczność, że niektóre towarzystwa badaczy przyrody przy ruskich uniwersytetach, zawiadomiły komitet, iż liczni członkowie tych towarzystw, mając zamiar przepędzić lato roku bieżącego w rozmaitych miejscowościach Rosyi, jako członkowie różnych wypraw i ekskursyj, mogą ukończyć swe zatrudnienia i przybyć do Warszawy dopiero w pierwszej połowie września. W dniu 26 maja r. b. zapadło Najwyższe upoważnienie do przeniesienia terminu otwarcia zjazdu badaczy przyrody na 31 sierpnia (12 września).

— Laroyenne. Krwotok w skutek przerwania lechtaczki podczas porodu (Journ. de Brux. LXI. Oct. 1875. Schmidts Jahrb. N. 4. 1876). Główka dziecięcia przy przejściu swem przez pochwę maciczną może spowodować najrozmaitsze obrażenia; do najrzadziej trafiających się, można zaliczyć przerwanie korzenia lechtaczki, wypadek na który pierwszy J o u l i n zwrócił uwagę. S e a n z o n i wspomina wprawdzie o krwotokach z pochwy, które zdarzają się szczególnie w górnym jej oddziale i opierają się najsilniejszym środkiem hemostatycznym, zdaje się jednak nie znać tych krwotoków. S c h r ö d e r, K l a p r o t h, W i n c k e l, P o p p e l i inni obserwowali rodarcia ciał jamistych lechtaczki, w skutek których powstawały niebezpieczne niekiedy krwotoki. Sam autor widział podobne rozdarcia 6 razy, wszystkie u pierwiastek, z tych 3 powstały po operacji kleszczowej, jedno po zastosowaniu cephalotriptora, 2 po porodach, które ukończyły się siłami natury. Krwotok zawsze bywał obfity i sam przez się nie ustawał, właściwość, którą objaśnić łatwo budową ciał jamistych. Krwotoki podobne obserwowano w czasie porodów dla ukończenia których pomoc instrumentalna była wskazana, lub też baczna obserwacja, szczególnie w ostatnim okresie z powodu zbyt wolnego przebiegu—niezbędną. Tu odpływ krwi w skutek nacisku płodu na odprowadzające naczynia bywa zatamowany, a przepelnione ciała jamiste przycisnięte zostają do łuku łonowego, to też wkrótce następuje pęknięcie ścianek łącznie z okrywającą ciała jamiste błoną śluzową, w mniejszej lub większej odległości od lechtaczki. Gdyby jednak błona śluzowa wytrzymała ciśnienie, utworzyłby się pod nią *haematoma* lub *trombus vulvae vel vaginae*, wypadku jednak podobnego autor nie miał sposobności obserwować. Pęknięcie ścianek tkanki ciał jamistych łącznie z błoną śluzową skutkuje natychmiastowy upływ krwi, w niektórych nawet razach obserwować można tryskanie strumieni arteryalnych. Ze względu na leczenie, ważną bywa niezmiernie znajomość źródła z kąd krwotok wydobywa się, łatwo bowiem takowy chwilową kompressją zatamować. Nawet możnaby się zabezpieczyć od niego dwoma bocznemi nacięciami najpierw zalecanemi przez P. D u b o i przy zwięzieniu pochwy macicznej dla uchronienia od rozdarcia spojeń górnego i dolnego. Ponieważ cięcia te robią się w tkance ubogiej w naczynia krwionośne, nie ma po nich obawy krwotoku.

— Dr Jozef Pawinski wyjechał na sezon letni do Zakładu Hydropatycznego w Nowem Mieście nad Pilicą.

— Prof. Hüttenbrennera „Nauka o chorobach dzieci“ wyszła z druku. Ponieważ dzieło to przeważnie przeznaczonem jest dla lekarzy praktyków, dla obeznania się przeto bliższego załączamy do dzisiejszego Numeru Gazety treść takowego, nadmieniając, że dzieło powyższe kosztuje rs. 5 wraz z przesyłką.

Redaktor i wydawca Prof. Dr. G i r s z t o w i.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego Nr. 1364 (nowy 1) mieszkania Nr. 6.

Druk. Gaz. Lek. Ul. Sto Krzyz. N. 9. Дозволено Цензурою. Варшава, 23 Іюня (5 Іюля) 1876.